





# Trastornos de **Personalidad**

---

H a c i a   u n a   m i r a d a   i n t e g r a l



Sociedad Chilena  
de Salud Mental

## **Editores**

Dr. Raúl Riquelme Véjar

Dr. Alex Oksenberg Schorr

Editores:

Dr. Raúl Riquelme Véjar

Dr. Alex Oksenbergschorr

Comité Editorial:

Dra. Bárbara Palma Muza

Ps. Tatiana Jadue Jamis

Ps. León Gomberoff Pualán

Secretaría Técnica:

Secretaria Marina Rey Figueroa

Secretaria Patricia Gutierrez Salinas

Bibliotecóloga Maritza Alderete Valdes

Pintura de Portada "Mujeres":

Lya Larraín Pérez-Cotapos

Diseño, diagramación y corrección de estilos y textos:

Designio Ltda.

Registro de Propiedad Intelectual N° 136.971

ISBN: 956-299-037-0

Impreso en Chile por Imprenta Salesianos

3000 ejemplares

Santiago de Chile, diciembre, 2003.

# Trastornos de Personalidad

H a c i a   u n a   m i r a d a   i n t e g r a l

## AUTORES

Dra. Rosa Béhar Astudillo  
Dra. Aida Becker Celis  
Dr. Alberto Botto Valle  
Dr. Jorge Cabrera Contreras  
Ps. Roxanna Cacciuttolo Araya  
Ps. M<sup>a</sup> Isabel Castillo Vergara  
Dr. Hernán Davanzo Corte  
Dr. Otto Dörr Zégers  
Dr. Enrique Escobar Miguel  
Dr. Gustavo Figueroa Cave  
Ps. Giselle Filippi Migeot  
Dr. Ramón Florenzano Urzúa  
Ps. Eduardo Gomberoff Soltanovich  
Ps. León Gomberoff Pualuan  
Dr. Luis Gomberoff Jodorkovsky  
Dr. Mario Gomberoff Jodorkovsky  
Dr. Alejandro Gómez Chamorro  
Dra. Marcela Grisanti Maralla  
Dr. Andrés Heerlein Lobenstein  
Dra. Carolina Ibañez Hantke  
Dr. Mauricio Invernizzi Rojas  
Dr. Rogelio Isla Pérez  
Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic Ramírez  
Ps. Tatiana Jadue Jamis  
Dr. Juan Pablo Jiménez De la Jara  
Dr. Otto F. Kernberg  
Dra. Paulina Kernberg  
Dr. Fernando Lolás Stepke  
Ps. Macarena López Magnasco  
Dr. Antonio Menchaca Pastene  
Dra. Ana María Montes Larrain  
Dr. Gustavo A. Murillo Baeza  
Dr. Armando Nader Naser  
Prof. Jaime Náquira Riveros  
Dr. Alex Oksenberg Schorr  
Dr. Patricio Olivos Aragón  
Ps. Bárbara Ortúzar Jara  
Dr. Francisco O’Ryan Gallardo  
Dr. Rafael Parada Allende  
Dr. Cristian Prado Matte  
Dr. Mario Quijada Hernández  
Dr. Pedro Retamal Carrasco  
Dr. Raúl Riquelme Véjar  
Prof. Alicia Schwartzmann Karmelic  
Dr. Lloyd I. Sederer  
Dr. Hernán Silva Ibarra  
Dr. Luis Tapia Villanueva  
Dr. Edgardo Thumala Piñeiro  
Ps. Ximena Tocornal  
Dr. Pedro Torres Godoy  
Dr. Joseph Triebwasser  
Dr. Sergio Valdivieso Fernández  
Ps. María Paz Vergara  
Dr. Julio Volenski Burgos  
Ps. Daniela Zajer Amar

## COMITÉ EDITORIAL

Ps. León Gomberoff Pualuan  
Ps. Tatiana Jadue Jamis  
Dra. Bárbara Palma Muza



*A nuestros pacientes  
de quienes hemos aprendido,  
que la vida, a pesar de los dolores vale la pena vivirla.*

*A nuestras familias  
a quienes les hemos quitado horas para dedicarnos a este trabajo.*

*A nuestros maestros  
de quienes hemos aprendido el interés por el ser humano en todas sus  
circunstancias, especialmente en los momentos de crisis y de enfermedad.*

Raúl Riquelme y Alex Oksenberg





*“De todos modos admitiremos que los empeños terapéuticos del psicoanálisis... su propósito es fortalecer al Yo, hacerlo más independiente del Superyó, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del Ello. Dónde Ello era, Yo debe devenir”.*

*“31ª conferencia.  
La descomposición de la personalidad psíquica”, 1913  
Sigmund Freud*

*“El pensamiento científico es todavía muy joven entre los hombres, elevado es el número de los grandes problemas que no puede dominar todavía. Una cosmovisión edificada sobre la ciencia tiene, salvo la insistencia en el mundo exterior real, esencialmente rasgos negativos, como los de atenerse a la verdad, desautorizar las ilusiones. Aquel de nuestros prójimos insatisfechos con este estado de cosas, aquel que pida más para su inmediato apaciguamiento, que se lo procure donde lo halle. No se lo echaremos en cara, no podemos ayudarlo, pero tampoco pensar de otro modo por causa de él”.*

*“35ª conferencia. En torno de una cosmovisión”, 1913  
Sigmund Freud*

*“Nuestra tarea sería inmensa si quisiéramos describir todas las personalidades anormales. Pero nosotros separamos como personalidades psicopáticas dos grupos y decimos:  
Personalidades psicopáticas son aquellas que sufren por su anormalidad o hacen sufrir bajo ella a la sociedad.... No se trata de un sufrir a secas, ni tampoco de sufrir a consecuencia de la anormalidad... sino del sufrir por la propia anomalía de la personalidad”*

*“Las Personalidades Psicopáticas”, 1950  
Kurt Schneider*

*“Los trastornos de personalidad no son entidades médicas, ni tampoco deben considerarse perversidades humanas. Desde el punto de vista ecológico y desde una perspectiva evolutiva, los concebimos como estilos problemáticos de adaptación humana. Representan individuos curiosos y a menudo únicos, cuyas experiencias vitales tempranas no sólo han dirigido erradamente su desarrollo, sino que también han constituido un sentido de Sí mismos insatisfactorios una forma problemática de expresar los pensamientos y sentimientos, así como una manera deficitaria de comportarse y relacionarse con los demás”.*

*“Trastornos de Personalidad, más allá del DSM IV”, 1996  
Theodore Millon*

*“No es que la identidad sea una actividad de que yo soy yo a través de tocar todas las teclas de mis zonas cerebrales, es al revés, es el cerebro el que nos produce una ilusión momentánea de identidad. Sin embargo, esta ilusión del momento a la larga nos crea una disposición permanente y que se constituye en una estructura psicológica firme, que es lo que experimentamos como identidad”.*

*“Conferencia Dr. Honoris Causa  
Los afectos como puente entre lo psíquico y lo biológico”.  
UNAB 2003  
Otto Kernberg*



# Índice General

	■◆
<b>PRÓLOGO</b>	15
<b>SECCIÓN I: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO</b>	19
Introducción	21
Capítulo 1: Aspectos históricos y psicopatológicos de los conceptos de personalidad normal y anormal <i>Gustavo Adolfo Murillo Baeza</i>	25
Capítulo 2: Hacia una nosología integrada de los trastornos de la personalidad y el espectro de lo limitrofe <i>Raúl Riquelme Véjar</i>	43
Capítulo 3: Epidemiología de los desórdenes de la personalidad <i>Ramón Florenzano Urzúa</i>	81
Capítulo 4: Instrumentos de diagnósticos e investigación de los trastornos de personalidad <i>Sergio Valdivieso Fernández y Daniela Zajer Amar</i>	91
Capítulo 5: Ideas psicoanalíticas sobre la mente, y su relación con dificultades en el diagnóstico <i>Alex Oksenberg Schorr</i>	123
Capítulo 6: Psicodiagnóstico de la organización Borderline <i>León Gomberoff Pualuan</i>	133
Capítulo 7: Patoplastia en psiquiatría <i>Rafael Parada Allende</i>	151
Capítulo 8: Alteraciones funcionales en pacientes limitrofes detectadas con Spect cerebral <i>Cristián Prado Matte</i>	157
<b>SECCIÓN II: ALGUNOS MODELOS CONCEPTUALES Y TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b>	173
Introducción	175
Capítulo 9: Los afectos como puente entre lo psíquico y lo biológico <i>Otto Kernberg</i>	179
Capítulo 10: Nuevos sujetos posmodernos, ¿nuevas patologías?, ¿nuevos pacientes? <i>Patricio Olivos Aragón</i>	189

Capítulo 11:	Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad <i>Otto Kernberg</i>	205
Capítulo 12:	Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica <i>Otto Dörr Zegers</i>	233
Capítulo 13:	La investigación psicofisiológica de la personalidad: hacia una definición multidimensional de rasgos <i>Fernando Lolás Stepke</i>	249
Capítulo 14:	Teoría del apego y patología de la personalidad: implicancias para el diagnóstico y la terapéutica <i>Juan Pablo Jiménez de la Jara</i>	257
Capítulo 15:	Enfoques teóricos en terapia cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad <i>Alejandro Gómez Chamorro, Carolina Ibáñez Hantke</i>	273
Capítulo 16:	Psicología del desarrollo según Margaret Mahler, y su importancia en los trastornos de personalidad <i>Paulina Kernberg</i>	283
Capítulo 17:	Hacia la construcción final de la personalidad durante la adolescencia. Algunas configuraciones psicopatológicas <i>Luis Gomberoff Jodorkovsky</i>	293
Capítulo 18:	Traumatismos severos y su impacto en la personalidad <i>M<sup>a</sup> Isabel Castillo, Ximena Tocornal, M<sup>a</sup> Paz Vergara</i>	313

### **SECCIÓN III: COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD** 327

Introducción		329
Capítulo 19:	Trastornos de la alimentación y personalidad anormal <i>Rosa Béhar Astudillo</i>	331
Capítulo 20:	Trastorno de la personalidad, depresividad y depresión <i>Andrés Heerlein Lobenstein</i>	349
Capítulo 21:	El trastorno de personalidad en el paciente con trastorno bipolar <i>Jorge Cabrera Contreras</i>	361
Capítulo 22:	Trastornos de personalidad ansiosos, una aproximación integrativa <i>Francisco O’Ryan Gallardo</i>	371
Capítulo 23:	Enfermedad bipolar y personalidad <i>Pedro Retamal Carrasco, Alberto Botto Valle, Giselle Filippi Migeot</i>	385
Capítulo 24:	Organicidad y trastornos de la personalidad <i>Fernando Ivanovic-Zuvic Ramírez</i>	399

<b>SECCIÓN IV: ABORDAJES Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS MULTIMODALES</b>	<b>411</b>
Introducción	413
<b>Psicoterapia individual</b>	
Capítulo 25: Evidencia científica y eficacia de la psicoterapia en trastornos de la personalidad <i>Rogelio Isla Pérez</i>	417
Capítulo 26: Tratamiento psicoanalítico de los pacientes limitrofes <i>León Gomberoff Pualuan, Mario Gomberoff Jodorkovsky</i>	433
Capítulo 27: Algunas reflexiones acerca de la contratransferencia <i>Alex Oksenberg Schorr</i>	447
Capítulo 28: Otra mirada al punto de vista del analista: desde la metáfora del espejo, hasta nuestros días <i>Alex Oksenberg Schorr</i>	465
Capítulo 29: Estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad <i>Alejandro Gómez Chamorro, Carolina Ibáñez Hantke</i>	485
Capítulo 30: Tratamiento de trastornos de personalidad y análisis existencial <i>Gustavo Figueroa Cave</i>	495
<b>Psicoterapia familiar, vincular, de pareja y de grupo</b>	
Capítulo 31: Trastornos de personalidad y terapia sistémica <i>Aida Becker Celis, Ana María Montes Larrain</i>	519
Capítulo 32: Psicoterapia analítica de grupo: una alternativa viable para el tratamiento de los trastornos de personalidad <i>Edgardo Thumala Piñeiro</i>	535
Capítulo 33: Psicodinámicas observadas en parejas <i>Hernán Davanzo Corte</i>	553
Capítulo 34: Terapia de pareja y trastornos de la personalidad <i>Luis Tapia Villanueva</i>	581
Capítulo 35: Adolescencia, trastornos de personalidad e intervención parental <i>Bárbara Ortúzar Jara</i>	605
<b>Tratamiento hospitalario, de urgencias e instituciones intermedias</b>	
Capítulo 36: Los trastornos de personalidad en urgencias psiquiátricas <i>Enrique Escobar Miguel, Mario Quijada Hernández</i>	621



Capítulo 37: Enfoque del Trastorno de Personalidad límite y antisocial en una atención de urgencia <i>Joseph Triebwasser y Lloyd I. Sederer</i>	637
Capítulo 38: Terapia ICE y programas diurnos <i>Antonio Menchaca Pastenes, Macarena López Magnasco</i>	675

### Tratamientos mixtos

Capítulo 39: Abordaje multimodal de los trastornos de personalidad <i>Raúl Riquelme Véjar, Tatiana Jadue Jamis</i>	695
Capítulo 40: Enfoque familiar sistémico en servicios de salud para la atención de los trastornos de personalidad <i>Mauricio Invernizzi Rojas</i>	723
Capítulo 41: Trastornos prepsicóticos de personalidad y su tratamiento farmacológico <i>Hernán Silva Ibarra</i>	733

## SECCIÓN V: MISCELÁNEAS 741

Introducción	743
Capítulo 42: Aproximaciones hacia un modelo de gestión humanista del jardín infantil <i>Alicia Schwartzmann Karmelic</i>	745
Capítulo 43: Alteraciones funcionales con Spec en pacientes depresivos y con trastornos de personalidad <i>Cristián Prado Matte</i>	759
Capítulo 44: Bordeline: Un problema de identidad del psicoanalista <i>Eduardo Gomberoff Soltanovich</i>	783
Capítulo 45: Desarrollo de la conducta antisocial <i>Julio Volenski Burgos</i>	793
Capítulo 46: Trastornos de personalidad y responsabilidad penal <i>Jaime Náquira</i>	801
Capítulo 47: Trastornos de personalidad y enfermedades psicosomáticas <i>Armando Nader, Pedro Torre, Roxana Cacciuttolo, Marcela Grisanti</i>	819

## CURRÍCULUM ABREVIADO DE LOS AUTORES 833

## BIBLIOGRAFÍA 839

## Prólogo

---

Esta publicación, que presentamos a la comunidad científica nacional e internacional, pretende ser un libro de ayuda para quienes se inician en entender los Trastornos de Personalidad, también de consulta para especialistas y para quienes se interesen en ahondar en los tratamientos más complejos.

Es, en su concepción, una propuesta para el tratamiento más integral de estos cuadros clínicos, complementando la experiencia de distintas escuelas psicológicas. Las citas del comienzo del libro marcan un desarrollo en este sentido, iniciándose con una cita de Freud, en la que señala su concepción del aparato psíquico y la propuesta del tratamiento psicoanalítico, y, en una cita siguiente, habla de la debilidad de nuestro sistema científico, la dificultad para definir los problemas y la paciencia que ha de tenerse para poder ir entendiéndolos. Después, citamos a Schneider, quien a mediados del siglo pasado, hace una definición de las personalidades psicopáticas, intentando una primera aproximación más sistemática a ellas. A continuación, una cita de Millon propone una visión más integrativa de los estilos problemáticos de adaptación humana, para seguir con Kernberg, quien, en una reciente conferencia en nuestro país, aborda la teoría de los afectos y la importancia en la identidad de una persona, y cómo ésto tiene relaciones neurobiológicas que se están demostrando en estos días. La integración de estas distintas visiones, en el quehacer clínico e investigativo, es una tarea que le proponemos al lector del presente libro.

Esperamos que este trabajo editorial motive nuevas investigaciones en la búsqueda de la verdad científica de la naturaleza humana, que desde su esquiva esencia, se nos revela por momentos, para luego volver a sorprendernos con nuevas resistencias a ser conocida en su complejo devenir de diversas constelaciones patológicas. Por esta dificultad para captar esta realidad, es que se hace necesario mirarla desde distintos discursos metodológicos que puedan ayudar a definir más completamente los problemas clínicos de personalidad que observamos en nuestra práctica profesional.

El concepto de persona –la máscara de los griegos– del cual se deriva el término personalidad, implica el conjunto de actos y enmarca el devenir humano en diferentes contrapuntos o dimensiones, desde lo creativo a lo destructivo, entre la realización y la frustra-



ción, entre el logro feliz y la tragedia de la pérdida, en la entrega a los demás o en el retiro de lo reticente, en suma, de lo normal a lo patológico. Entre estos extremos se mueve el interés científico en el que se despliega, a su vez, la tarea terapéutica.

Desde esta vivencia clínica diaria, pasamos a las clasificaciones, y a la búsqueda de factores y funciones determinantes y de teorías que intentan explicar las intrincadas combinaciones de la personalidad humana, así como de los tratamientos que permiten aliviar las vicisitudes de las personas que se encuentran en los extremos más negativos de los contrapuntos existenciales arriba señalados.

A partir de las anteriores consideraciones, uno de los editores, concibió la realización de una mesa redonda destinada al tema que nos ocupa, en el marco del 7° Congreso Chileno de Salud Mental que tuvo lugar en Iquique en septiembre del año 2001, tratando de integrar distintas visiones de estos trastornos.

Con posterioridad a dicho evento, y a raíz de diversas conversaciones y reflexiones que surgieron de dicha experiencia, nos sentimos motivados a generar nuevas iniciativas derivadas del impacto que nos provocó la evidencia de la contrastante realidad de ver combinados la oscura situación de la Salud Mental del país, al unísono de la fuerza creativa que se produce al convocar la integración de las diversas miradas y aproximaciones, a la tarea de enfrentar el alivio del dolor psíquico, que cotidianamente realizan su labor separadamente las unas de las otras, debilitando, así, el potencial terapéutico de nuestra comunidad profesional, en un momento en que se torna imperativo aunar esfuerzos de reflexión y acción reparatoria sobre nuestra convulsionada comunidad.

Este libro se ha dividido en cinco secciones y un anexo. Cada sección, dividida en capítulos contiene una unidad temática y en el anexo se incluyen las referencias bibliográficas y el curriculum de los autores.

En algunos capítulos se repiten ciertos aspectos de los temas tratados, sin embargo, hemos querido respetar la estructura del trabajo de cada uno de los autores, con el fin de no perder la riqueza de la producción original.

En la sección I, hemos tenido en cuenta la complejidad de los conceptos de persona y personalidad, como éstos se han desarrollado y han influido a través de algunos siglos de su uso. Es en el siglo recién pasado donde el concepto de personalidad y sus trastornos toma un cuerpo teórico y clínico de gran aplicabilidad, tanto en las ciencias sociales, como en psicología y psiquiatría. Revisamos en esta sección las distintas clasificaciones de los trastornos de personalidad, y cómo éstas se pueden integrar en la práctica clínica.

En esta misma sección, abordamos los distintos instrumentos diagnósticos que nos permiten llegar a definir con mejor claridad estos trastornos. Por otro lado, se ha revisado la epidemiología de distintos estudios nacionales e internacionales, que fundamentan la importancia de preocuparse de estos desórdenes, dada la alta prevalencia de los mismos, 13.5% de la población general en estudios internacionales.



En la sección II, se ha intentado analizar la personalidad anormal desde distintos modelos conceptuales, que permitan una definición polisémica de estos trastornos y los rasgos que la constituyen. Además, los distintos discursos que explican parte de la etiología de estas alteraciones aportan, a su vez, distintos modelos de aproximación terapéutica, que no son excluyentes si no complementarios. Por otro lado, la diversidad de miradas permite validar mejor estas construcciones teóricas y explicativas de la persona humana y sus alteraciones.

La personalidad anormal produce síntomas en distintos aspectos de la vida que se transforman en entidades clínicas comórbidas a dichos desórdenes. Esto, conlleva a la necesidad de buscarlas cuando están asociadas a los trastornos de personalidad, especialmente en aquellos descompensados, lo que hace difícil la evolución de los mismos. Algunas de estas comorbilidades se abordan en la sección III, como son los trastornos afectivos, del apetito, adicciones y organicidad.

La sección IV trata de la terapéutica. La complejidad de una persona, y con mayor razón de un Trastornos de Personalidad, requiere de una comprensión pluralista en lo teórico, como ya hemos hecho en la sección II, de modo que un abordaje terapéutico no puede ser distinto a lo dicho, es decir, un abordaje integrativo o multidimensional. Esta sección, para efectos de una mejor comprensión, ha sido dividida en cuatro sub secciones, que pretenden separar distintos modos de intervenir clínicamente: psicoterapia individual, psicoterapia de pareja y de grupo, tratamiento hospitalario y de instituciones intermedias, y por último, tratamientos mixtos.

En la sección V, misceláneas, hemos incluido temas como la responsabilidad penal y la implicancia que ésta tiene en los trastornos de personalidad, y en el desarrollo de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia. En una visión preventiva de los trastornos del desarrollo, se incluyó un artículo de una nueva mirada de la educación en los jardines infantiles. Se revisa una crítica al concepto clínico de "borderline", y se incluyen dos trabajos que relacionan en forma preliminar enfermedad psicosomática y trastornos de personalidad, depresión y trastorno límite.

El presente libro, fue imaginado por los editores no sólo como un instrumento de consulta de diversas miradas que convergen en un solo objeto de estudio –la persona–, sino que también pretende ser, en sí mismo, una propuesta analógica del proceso curativo de los pacientes que padecen de la penosa debilidad de su equipamiento psíquico para enfrentar la vida, tributaria de la dificultad en la integración de diversas áreas de su personalidad, que les impide potenciar sus recursos al servicio de vivir mejor.

En un nivel metafórico, el libro se diseñó como una herramienta integrativa de los diversos esfuerzos de comprensión del problema de la personalidad, con el mismo propósito hacia lo que intenta la terapéutica de los "desórdenes severos de la personalidad", esto es, potenciar los recursos de quienes hemos decidido comprometernos en el propósito común de ayudar a estos pacientes a aprender a enfrentar el sufrimiento inevitable, y desechar en lo posible, el sufrimiento innecesario.

Nos parece un imperativo ético que, si invitamos a nuestros pacientes a vivir un proceso de integración al servicio de su crecimiento, utilicemos el mismo principio de que "vale



la pena” sumar esfuerzos hacia un mismo propósito, versus dejarnos llevar por la inercia de entendernos sólo con los que comparten nuestra misma mirada.

Invitamos a los profesionales más representativos en los diferentes aspectos, sobre los temas que hoy presentamos a vuestra consideración; nuestro afán fue sumar distintas visiones clínicas, diversas teorías, y sus complementarios tratamientos. Les agradecemos sinceramente por sus generosos aportes, y hacemos extensivos estos agradecimientos a todo el comité editorial y de secretaría, a Laboratorios Andrómaco y a Eli Lilly, ya que sus valiosos aportes fueron fundamentales en la consecución de esta obra.

Estamos conscientes que es una propuesta inicial, y que es sumamente difícil –y a veces angustiante– soportar la tensión de la diversidad. Sin embargo, nos pareció que era preferible enfrentar un fracaso en la búsqueda de coherencia, que asumir la responsabilidad de no haberlo intentado.

Después de todo, no sólo la caridad comienza por casa.... ¡También el ejemplo!

Raúl Riquelme, Alex Oksenberg  
Editores  
Santiago, diciembre de 2003.

# Sección I

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO**

---





## Introducción

---

En esta sección hemos invitado a los autores a revisar el concepto de trastorno de personalidad, con el fin de mirar cómo éste se inserta en la cultura y adquiere una relevancia y multifacética aplicabilidad, destacando los aspectos clínicos e históricos, nosológicos, la epidemiología, los instrumentos de diagnóstico, el psicodiagnóstico borderline y la patoplastia, o mejor dicho, cómo la personalidad tiñe todas las vicisitudes humanas, incluso la forma de evolucionar de las distintas patologías psiquiátricas. Y, por último, cómo la imagenología está aportando evidencias de un funcionamiento distinto en los pacientes borderline.

En el capítulo de Gustavo Murillo revisa cómo se ha introducido este concepto en la práctica clínica de la medicina y de la psiquiatría; se abordan definiciones de normalidad y anormalidad, de amplio interés en nuestra actividad diaria; hace una revisión de las formas psicopatológicas de enfermar aludiendo que la forma de desarrollo sería el modo de evolución típico de los trastornos de personalidad. También las reacciones, como modo de enfermar psíquico, son otra manera de presentarse epifenómenos de dichos trastornos. Posteriormente, hace una revisión histórica del concepto de personalidad. Hay una revisión bibliográfica de cómo este concepto ha ido evolucionando desde Freud, Schneider, Krechsmer y Kernberg, para llegar a un análisis crítico del sistema de clasificación que más se usa.

En el capítulo siguiente, Raúl Riquelme y Tatiana Jadue, revisan cinco clasificaciones de los trastornos de personalidad, y los criterios clínicos y científicos que han estado a la base de dichas clasificaciones, dando origen a una serie de entidades nosológicas no suficientemente delimitadas, y de complicada aplicación. Se intentan reunir todos estos criterios en cuatro cuadros sinópticos, que integran y comparan esta nosología, y que nos permiten –en una mirada rápida– poder ubicarnos en esta nomenclatura. Por otro lado, se enfatiza la necesidad de integrar estos criterios nosológicos y clasificatorios que están en la base de dichas nomenclaturas, para tenerlos en cuenta al momento del diagnóstico, ya que esta integración hace posible mejorar la apreciación clínica, tanto en el ámbito diagnóstico como terapéutico. Esto se ejemplifica con una viñeta clínica.



En el capítulo siguiente, de epidemiología psiquiátrica, Ramón Florenzano hace una interesante revisión de las clasificaciones del CIE 10 y DSM IV, y cómo éstas han influido en el diagnóstico; se revisan varios estudios de prevalencia de los desórdenes de personalidad desde los años 1989 al 2001 –en distintas ciudades del mundo– y se trata el tema de trastornos de personalidad depresivo como un concepto que está empezando a aceptarse en las clasificaciones modernas. Asimismo, revisa los estudios epidemiológicos, que se han hecho en Chile en torno a la personalidad antisocial.

A continuación, Valdivieso y Tajer, hacen una interesante revisión de los instrumentos diagnósticos y de investigación de los trastornos de personalidad. El interés explosivo de los últimos años en relación a estos desórdenes y la alta incidencia que tienen estas patologías psiquiátricas, ha permitido que cada escuela teórica desarrolle diversos instrumentos para aproximarse a esta problemática. En el momento actual, la gran cantidad de instrumentos desconcierta y no hace posible una visión unitaria de la personalidad, en cuanto a sus componentes fundamentales y su relación con la biología y el aprendizaje.

Alex Oksenberg revisa los modelos clínicos de diagnóstico que permiten ubicar los distintos niveles de las estructuras mentales, lo que da una interesante aproximación clínica al momento de la evaluación diagnóstica. Desde ahí, propone un modelo de la física del catalejo para aplicarlo a los distintos tipos de la estructura mental. El trabajo pone de manifiesto, en un contexto histórico, en qué sentido el diagnóstico de "Organización limítrofe" ha ampliado nuestro horizonte conceptual y terapéutico, y en que áreas, del quehacer clínico, aún resulta insuficiente para dar cuenta de ciertos fenómenos. En consecuencia, el trabajo nos recuerda que todo modelo conceptual deviene en una aproximación a la realidad clínica sin agotarla, que siempre nos obliga a seguir pensando, sin caer en la tentación de confundir modelo y/o teoría, con realidad clínica "en sí".

En el capítulo siguiente, León Gomberoff revisa aspectos importantes de la psicometría de la personalidad. Concluye que el método más seguro es la entrevista estructural, aunque se discute su confiabilidad; destaca también los cuestionarios autoaplicados proporcionados por el DSM IV, que permiten hacer un diagnóstico presuntivo de la personalidad borderline. Las pruebas de estímulo indirecto son de mayor utilidad para hacer un diagnóstico de las personalidades borderline, entre ellas el T.A.T. y el test de Rorschach. Este último, dada su naturaleza de presentar estímulos no estructurados, es el mejor método para hacer visible la organización borderline, haciendo la salvedad de utilizar el sistema comprensivo y estudiar los mecanismos de defensa.

Rafael Parada revisa cómo la psicopatología se modifica desde los distintos modos del funcionamiento mental de las personas, y este concepto clínico lo denominamos patoplastia. Ésta dificulta el diagnóstico de las entidades nosológicas del Eje I, y también influye en la evolución de las mismas, de modo que tener en cuenta esta interrelación al momento del diagnóstico es esencial. Relaciona los conceptos de patogénesis y patoplastia, define estos conceptos y cómo ellos son de crucial importancia. Una adecuada diferenciación de los mismos nos permitirá intervenir clínicamente y de un modo más eficaz a los pacientes; esta diferenciación entrega lineamientos prácticos para el tratamiento.

En el último capítulo de esta sección, sobre alteraciones funcionales detectadas con espect en pacientes limítrofes, Cristian Prado muestra cómo la imagenología –en los últimos años– ha tenido importantes progresos y cómo se puede aplicar para detectar fenómenos del funcionamiento cerebral. En dicho funcionamiento, detectado a través de neuroimágenes, es posible encontrar diferencias específicas del mismo en los pacientes limítrofes, como ya se ha encontrado en pacientes con alzheimer. Esto constituye una prometedora técnica que, en el futuro, nos permitirá evaluar resultados del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de éstos pacientes.





## Capítulo 1

### ASPECTOS HISTÓRICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LOS CONCEPTOS DE PERSONALIDAD NORMAL Y ANORMAL

---

■◆ *Gustavo Adolfo Murillo Baeza*

#### Concepto de psicopatología

---

Desde el punto de vista histórico y psicopatológico ha habido una evolución constante y por momentos muy cambiante respecto a la concepción de personalidad normal y, más aún, en cuanto a sus anormalidades.

Indudablemente que los pensadores en torno a las alteraciones psicológicas han tratado de explicar su origen y manifestaciones fundamentalmente en el enfermo mental, pero es necesario explicar que desde ese esfuerzo es que nació en cierto momento la inquietud por describir a sujetos que sin ser psicóticos presentaban una especial manera de ser. Es por esto que si abordamos el tema históricamente, necesariamente tendremos que dar un panorama de las concepciones que se han tenido en diferentes épocas y autores respecto de la concepción del enfermo mental, lo que equivale a un estudio histórico de la psicopatología.

Entendemos por psicopatología (Delgado, H., 1955) el conjunto ordenado de conocimiento relativos a las anomalías (anomalías y desórdenes) de la vida mental, en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito.

El objetivo de la psicopatología es el saber desinteresado acerca de todas las manifestaciones y modos de ser de la vida psíquica que desbordan los límites de la psicología normal; su fin último no es el cuidado del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y su conducta, como fenómenos susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales.

Concebida así la psicopatología se aboca al estudio de las alteraciones de las funciones de la mente, (Téllez, A., 1970) que en resumen serían: conciencia, orientación, percepción, memoria, curso y contenido del pensamiento, afectividad, instintos, psicomotilidad e inteligencia.

Según cuáles de estas funciones sean normales o se alteren se derivará que el sujeto es normal, neurótico, psicopático o psicótico.

## **Normalidad y anormalidad desde la psicopatología**

---

Definida la psicopatología como la disciplina que tiene por objeto de conocimiento las anormalidades de la vida mental, conviene precisar qué se entiende por anormalidad mental, y cómo se establece su diferencia respecto de la normalidad. En principio, el criterio de anormalidad en psicopatología debe ser puramente descriptivo, en el sentido que no entrañe una valoración de inferioridad personal, ni de enfermedad, falta de libertad, sufrimiento, etc., conceptos propios de la sociología, la medicina, el derecho y la vida privada, aunque lo psicopatológico pueda implicar en el caso dado inferioridad, enfermedad, mengua de la libertad, irresponsabilidad, sufrimiento, etc.

Anormal en psicopatología es todo fenómeno o proceso mental que se desvía o diferencia de lo normal, rebasando claramente los límites del objeto propio de la psicología, en sentido estricto.

Por lo tanto, es necesario determinar cuando una manifestación deja de ser normal. Hay dos criterios de normalidad: el estadístico o cuantitativo y el teleológico o de adecuación.

El criterio estadístico, propio de las ciencias naturales, es el de lo común: es normal lo que se manifiesta con frecuencia en la población total.

En el sentido de la norma del término medio es anormal lo que se aparta de dicho término medio, de lo ordinario y frecuente (Schneider, K., 1968). A pesar de la necesidad de reglas o patrones para señalar objetivamente la amplitud de las fluctuaciones de los fenómenos dentro de lo normal o anormal, lo que en último término lo determina es el buen sentido personal. Este nos permite considerar cada caso desde múltiples puntos de vista, en forma tal, que la escala de grados es referida a nuestra íntima imagen del ser normal (Delgado, H., 1955).

Para el criterio teleológico, en el sentido de la norma del valor, es anormal lo que se oponga a la imagen ideal o de lo que debe ser, y es normal, aquello que corresponde al ideal subjetivo personal.

Al respecto, la palabra normal, en latín *normalis*, deriva de norma, la cual procede de un término griego, que tiene dos significaciones principales: familiar o conocido (por frecuente) y noble o aristócrata (en cuanto excelente) (Delgado, H., 1966).

## Formas psicopatológicas de enfermar: Proceso, desarrollo y reacción

---

Según H. J. Weitbrecht (1970), la tesis establecida al principio, esto es, que lo anormal no debe significar enfermo, ya que también conocemos lo anormal como variante y modalidad de la norma, está suficientemente justificada.

La proposición inversa "lo enfermo es anormal" presenta, en cuanto se la examina con detención, algunas dificultades de interés que nos enfrentan con el concepto de enfermedad y, además, nos evidencian que cuando se trata del problema sano o enfermo (es decir, normal o anormal), ya no tenemos bastante, sólo con el puro concepto de norma promedio. Hay en él implícita una valoración que no se deja eliminar.

Al respecto, Vallejo Ruiloba (1984) acota que en casos límite, ciertas personalidades psicopáticas –aunque situándose en la anormalidad estadística por su desplazamiento del comportamiento social aceptable– sólo adquieren una categorización patológica al considerarse incapaces de manejar sus propias pulsiones, reconocer su deterioro constante de las sucesivas relaciones interpersonales y su incapacidad para establecer un proyecto existencial estable.

En el concepto de salud está implícito un concepto de valor que no se puede eliminar. Respecto a la enfermedad, dice Jaspers (1959) que sería mejor atenerse a una serie de conceptos del ser y el acontecer. Ateniéndonos en particular al problema psicológico podemos adherirnos de nuevo a Jaspers que ha llegado a las siguientes conclusiones: Al enjuiciar si algo es enfermo, en lo psíquico, se parte mucho menos del promedio que en lo somático; pero si se formulan los conceptos de normalidad, además de los biológicos de especie, de la evitación del dolor, etc., se enumeran también: utilidad social, capacidad para la felicidad y el contento, unidad de la personalidad, armonía de las cualidades, constancia de las mismas, desarrollo perfecto de todas las disposiciones, tendencias e impulsos en armónica sintonía; es decir, múltiples conceptos de valor.

Por eso, el adjetivo enfermo, siguiendo a Jaspers, en su generalidad, no enuncia nada en la esfera psíquica. El dictamen de que una persona está psíquicamente enferma no nos informa de nada, más que cuando sabemos de fenómenos y procesos "determinados y concretos que suceden en su alma". Importa, pues, el conocimiento de estos fenómenos psicopatológicos determinados y concretos, y aquí vuelve a cerrarse el círculo al ser los conceptos de normalidad arriba enumerados: capacidad para la felicidad, armonía de las cualidades, etc., valores que, como los de una auténtica enfermedad, pueden estar perturbados por una anomalía psíquica no patológica. Tenemos, pues, que atender a este ser y suceder, determinado y concreto, si hemos de responder a la pregunta: ¿es enfermedad o no?

### En psicopatología, según el mismo Jaspers, podemos diferenciar tres formas de enfermar:

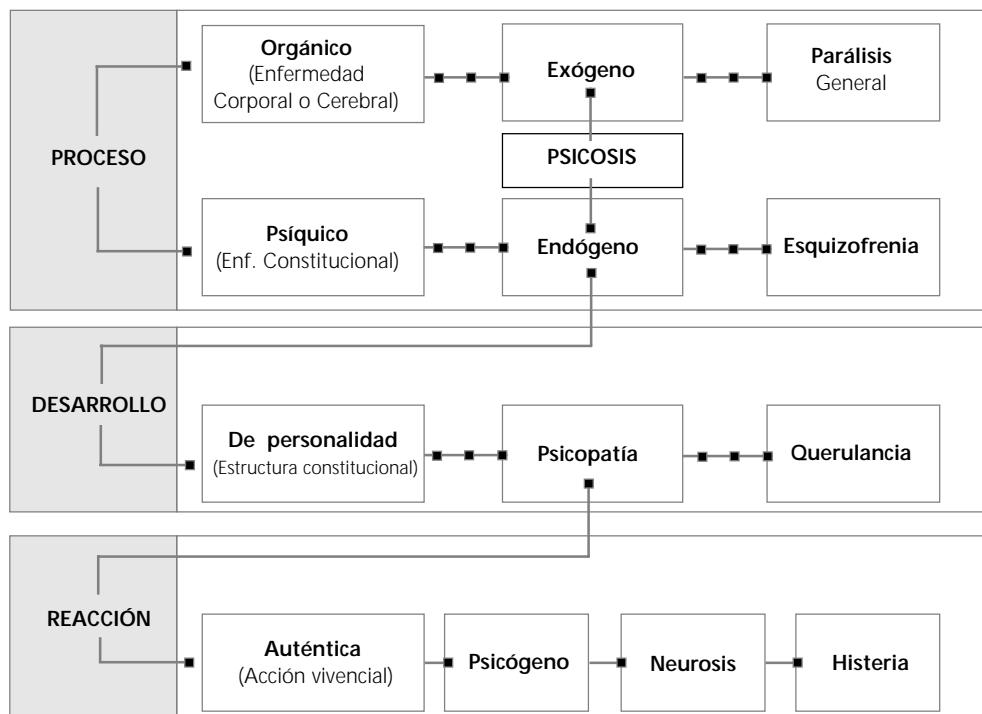
1. **Proceso:** es una interrupción de la continuidad histórico vital, en la que la transformación psicológica es incomprensible, es decir, que no tiene conexiones de sentido

con los hechos historiobiográficos; solamente es explicable (método de las ciencias de la naturaleza) a partir de una alteración de la base estructural somática. Es propio de las psicosis.

2. **Desarrollo:** es el exponente de una continuidad comprensible existiendo conexiones de sentido de las vivencias en el plano histórico-biográfico personal. Corresponde a la forma que se desarrolla normal y morbosamente una personalidad.
3. **Reacción:** en términos clásicos nos ceñiremos a los postulados de Jaspers respecto a lo que se llama psicopatológicamente, reacción vivencial:
  - a. la reacción no se habría presentado sin la intervención de la vivencia traumatizante;
  - b. su contenido se halla en relación de comprensibilidad con ésta; y
  - c. en su evolución se demuestra estrechamente dependiente de ella, es decir, se exagera o desaparece según lo haga la vivencia. Esta forma de enfermar es propia de la neurosis.

Hay que recalcar que las personalidades anormales y psicopáticas son más proclives a reaccionar neuróticamente, de modo que, en síntesis, éstas se desarrollan y reaccionan, lo que es indispensable para entender el funcionamiento de este tipo de personas.

TABLA N° 1 • Esquema de las formas de enfermar en psicopatología



Tomado de Téllez (1970).

## Evolución histórica del concepto de personalidad normal

---

### Definición de personalidad:

Porot (1967) dice que la personalidad constituye la síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental de un sujeto y le dan una fisonomía propia. Esta configuración es el resultado de las innumerables particularidades de su constitución psicofisiológica, de sus componentes instintivo-afectivos (alimentados por las aferencias sensitivo-sensoriales y cenestésicas), de sus formas de reacción y de las impresiones dejadas por todas las experiencias vividas que han ido jalonando su historia personal.

Stagner (1961) propone la siguiente definición: “La personalidad es la característica manera de pensar y de actuar que identifica a cada persona como una individualidad única”.

Robert S. Feldman, profesor de Psicología de la Universidad de Massachusetts, respecto del concepto de personalidad dice: “El término en sí mismo se usa de dos maneras diferentes pero relacionadas. Por un lado, la personalidad se refiere a las características que diferencian a las personas que hacen a un individuo único. Por el otro lado, la personalidad se usa como la forma de explicar la estabilidad de la conducta de las personas que los lleva a actuar uniformemente en diferentes situaciones y en períodos de tiempo distantes.

H. Delgado (1966) define la personalidad como el sistema de las disposiciones individuales dominantes según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto en lo que respecta a su espontaneidad, a su impresionabilidad y a su modo de reaccionar distintivos, con cierto grado de coherencia y con mayor o menor conciencia e intención por parte del yo.

### Examinaremos la definición de Delgado:

- **Sistema de disposiciones dominantes.** Se refiere a un fondo de constancia intrínseca peculiar al sujeto. El que sea un sistema se refiere a un modo o conjunto de tendencias vectoras de la existencia personal.
- **Personalidad y carácter.** El sistema de disposiciones que forma la personalidad, tanto ordena cuanto pone de manifiesto el modo de ser de cada sujeto. Se deriva de lo anterior que llamamos carácter, en sentido estricto, a la personalidad manifiesta, al porte adquirido.
- **Peculiaridades de la espontaneidad, la impresionabilidad y el modo de reaccionar.** Es inherente a la personalidad tanto lo distintivo de la espontaneidad y de la impresionabilidad, cuanto la manera de reaccionar de cada hombre a las influencias externas. Aquí la impresionabilidad se refiere especialmente a la vida afectiva, así como la espontaneidad y la reacción conciernen al dominio de las tendencias instintivas y a la voluntad.

- **Coherencia intrínseca y comprensión del carácter.** Decimos que la personalidad manifiesta cierto grado de coherencia, lo cual equivale a reconocer en ella integración orgánica susceptible de ser comprendida, lo que está definido por la continuidad y la consecuencia de cada ser humano a lo largo de su historia vital personal. Así Jaspers define la personalidad diciendo que es: “el conjunto de las relaciones comprensibles de la vida anímica variables de un individuo a otro” (Jaspers, K., 1959).
- **Relaciones de la personalidad con el Yo.** En cierto modo la personalidad tiene en el Yo su centro, en el doble sentido de que domina la perspectiva del modo de ser personal y de que ejerce influencia determinada sobre la actividad de éste. Lo que me parece que soy o puedo ser es ya una dirección para que yo, en cierto modo, sea así de inmediato y activamente, con todas sus consecuencias. La relación del yo con la personalidad tiene una serie de aspectos: el sentimiento de la personalidad, la conciencia de los valores personales, el conocimiento de uno mismo, el ideal de la propia persona, la autocrítica y el dominio de sí mismo.

Respecto de la estructura general de personalidad, (Delgado, H., 1966) ésta se estudia desde dos puntos de vista: uno analítico, que atiende a la distribución de las propiedades o rasgos, y otro, sintético, que la reduce a planos de integración.

Propiedad o rasgo es toda actitud determinada, inherente al sujeto y manifiesta en situaciones más o menos precisas. Entre las clasificaciones de los rasgos o propiedades del carácter resumiremos la de Klages (1927), quien las distribuye en cinco grupos: materia, trabazón, cualidad, tectónica y aspecto.

- a. La materia comprende todas las aptitudes o capacidades personales como memoria, comprensión, sagacidad, fuerza de voluntad, tino, etc. Se trata de dotes tanto intelectuales como del sentimiento y la voluntad. Es comparable al capital con que se puede trabajar.
- b. La trabazón incluye propiedades estructurales como el alma abierta, inquieta, perturbable, sosegada, templada, apagada o apática, la índole móvil y rápida o lenta e inerte. Se refieren a dos factores opuestos: impulsión y resistencia.
- c. La cualidad, que es el aspecto más importante del carácter desde el punto de vista práctico, comprende las propiedades de dirección según las cuales la personalidad se mueve hacia fines determinados con mayor o menor intensidad y persistencia. Klage divide estas disposiciones en dos categorías: de liberación y de sujeción, y cada una de ellas comprende tres grupos: móviles espirituales, móviles personales y móviles sensuales.
- d. A la tectónica de la personalidad pertenecen todas aquellas propiedades que son consecuencia de la relación existente entre los rasgos de otros grupos. Así surge el equilibrio, la proporción, la fijeza, la madurez y las características opuestas.
- e. El aspecto incluye las propiedades del carácter relativas a lo más exterior y manifiesto. Corresponden al aspecto modos del ser humanos, como el del hablador, del jactancioso, del atrevido, del desenvuelto, del tímido, del zalamero, del entrometido o del devoto.

La segunda manera de estudiar la estructura de la personalidad es atendiendo a los planos de integración (Delgado, H., 1966). Estos son el temperamento y el ethos, siendo el primero la parte corporal, sometido al imperio de la vitalidad y el segundo representa el aspecto espiritual, que puede ser influido por la educación o el ambiente.

- a. El temperamento comprende, en primer término, las particularidades formales de la vida afectiva y su exteriorización: excitabilidad, fuerza, ritmo y duración; en segundo lugar la calidad o color de los estados afectivos vitales y, por último la constelación individual de las tendencias instintivas relacionadas con la vida del propio cuerpo. El temperamento es el plano pático de la personalidad, el sujeto lo vive pasivamente, como que si no dependiera de la voluntad el cambiarlo, gobernando sus manifestaciones con el concurso de la experiencia. El temperamento se origina en la constitución y es relativamente invariable. Ya desde Hipócrates, los médicos antiguos, derivaban el temperamento de los humores.
- b. El ethos comprende la estimativa y la voluntad; constituye la esfera de la comunicación con el medio ambiente y está abierto a la influencia del espíritu. Aunque no puede existir y obrar sin las tendencias del temperamento, tiene poder de orientarlas, promoverlas y sujetarlas a las normas que aprehende. Gracias a su intervención el hombre es capaz de actitudes y porte, consecuentes con el ejercicio de la libertad y la conciencia de ser responsable frente a los acontecimientos que le depara la realidad natural y cultural.  
Cada persona enfrenta su ambiente y las situaciones de acuerdo a las peculiaridades de su estimativa y de su voluntad, tan constantes, quizás, como las psicofisiológicas de su temperamento.

## Evolución de la personalidad

---

Constituida la personalidad, por el temperamento y el ethos, presenta con el correr del tiempo y la experiencia modificaciones en mayor o menor grado; estos cambios tienen importancia especial en las diferentes etapas de maduración del individuo: niñez, pubertad, adolescencia, adultez y senectud.

Los cambios que puede experimentar la personalidad por acción del ambiente pueden ser meras fluctuaciones, cambios irreversibles o metamorfosis (Delgado, H., 1966). Éstas últimas pueden ser modificaciones en su despliegue biográfico o crisis que son cambios bruscos, generalmente debidos a la violencia de experiencias vivenciales.

Eugen Bleuler (1967), respecto del desarrollo de la personalidad, destaca las constantes que rigen el mutuo juego entre la experiencia y el desarrollo personal; éstas serían nuestras relaciones con los demás, las persistentes situaciones de tensión emocional, el efecto de vivencias anteriores y tempranas que producirían una acción persistente y duradera, la destacada importancia de la niñez y la adquisición de costumbres, la regresión, entendida ésta como una recaída en una etapa anterior del desarrollo y, por último, la energía implícita en las experiencias vitales cargadas de afectividad que troquelan y

moldean la afectividad. Respecto a estas últimas, Bleuler sostiene que no es necesario que se encuentren presentes en la conciencia para mostrarse efectivas; adoptando la terminología freudiana; agrega que éstas pueden estar reprimidas en el inconsciente.

Al respecto, quiero recalcar la estrecha relación de intercambio intelectual que hubo entre Sigmund Freud y Eugen Bleuler.

Delgado (1966) destaca en la formación del carácter la influencia de los ideales, las concepciones del mundo y la acción caracteroplástica del amor en todas sus manifestaciones.

Demás estaría decir que todos los factores anteriormente señalados pueden llevar, según cómo se experimenten, a la formación de una personalidad normal o anormal en el sentido de lo neurótico o psicopático y eventualmente psicótica.

## Tipos de carácter

---

Siendo el carácter la personalidad manifiesta, usaremos de aquí en adelante ambos términos indistintamente.

Los tipos de carácter son combinaciones de rasgos que, como núcleo estructural, se distinguen por lo preciso y constante de su cualidad, intensidad y modo de manifestarse.

Expondremos algunas tipologías que van desde las que, principalmente, consideran el temperamento hasta las que le dan más peso al "ethos".

### **Antigua clasificación de los temperamentos (Delgado, H., 1966)**

Hipócrates (460-377 a.C.) sostenía la teoría de la existencia de cuatro temperamentos: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático, dependientes de la complexión en que predomina respectivamente la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema o linfa.

- a. El temperamento sanguíneo es propenso a la alegría con sentimientos vivos, sociable, comunicativo, optimista, vive los momentos gratos del presente.
- b. El melancólico es propenso al sufrimiento y a la pasividad. Su estado de ánimo es dominado por la tristeza.
- c. El colérico es excitable, impetuoso y audaz. Lo más característico es la facilidad con que se encienden y se descargan las emociones, sobre todo la cólera.
- d. El temperamento flemático se caracteriza por la estabilidad de la vida interior, tendencia a la morigeración, con predominio de sentimientos agradables en una afectividad poco viva, y poco expresivo.



## **Tipología de Kretschmer (1888-1964) (Delgado, H., 1966)**

Kretschmer relaciona el tipo de constitución con el tipo de carácter y temperamento, estableciendo la propensión a ciertas enfermedades de acuerdo a esta relación.

El punto de partida del sistema de Kretschmer es la observación de la frecuencia de determinada figura corporal entre los pacientes de las dos principales enfermedades mentales endógenas: los psicóticos entre los manícodepresivos y los leptosómicos entre los esquizofrénicos.

Basado en este descubrimiento, Kretschmer estudia después el carácter de los individuos normales, y constata que a los de constitución pícnica corresponde con frecuencia un temperamento comparable a la afectividad de la psicosis manícodepresiva, y lo llama temperamento ciclotímico, y a los leptosomas una mentalidad parecida a la esquizofrenia, que designa temperamento esquizotímico. En sus investigaciones antropológicas distingue además otros dos tipos de constitución: el atlético y el displásico o mal formado. Con posterioridad pudo determinar la afinidad del atlético con la epilepsia y con el temperamento viscoso o atlético.

Como manifestaciones extremas de las personalidades afines a las psicosis manícodepresiva, a la esquizofrenia y a la epilepsia, tenemos el cicloide, esquizoide y epileptoide, respectivamente, adquiriendo –en este grado– el carácter de anormales o psicopáticas cuando causan sufrimientos subjetivos o conflictos con la sociedad (Bleuler, E., 1967).

## **Tipología de Sheldon**

Sheldon (1942) introduce el concepto de componentes del físico en lugar de buscar tipos extremos y los correlaciona con componentes del temperamento.

Distingue tres biotipos que son: ectomorfo, mesomorfo y endomorfo. A su vez diferencia tres variables del temperamento con sus rasgos característicos que son: cerebrotonía, somatotonía y viscerotonía.

En cada caso particular asigna un puntaje de 1-7 de acuerdo a la presencia de los tres biotipos y temperamentos.

## **Tipologías de los hermanos Jaensch (Delgado, H., 1966)**

Este sistema tiene su punto de partida en el dominio de la patología.

Walter Jaensch, médico, caracteriza dos tipos de constitución psicofísica: el basedowoide (B), el tetanoide (T). El tipo basedowoide debe su nombre a la relación que tiene con la enfermedad de Basedow, producida por la hiperactividad de la glándula tiroides. Son sujetos con ojos saltones, con los párpados bastante separados, brillantes, llenos de ánimo. En el aspecto psicológico se caracterizan por la emotividad. En el sistema nervio-

so vegetativo predomina el simpático. Al tipo tetanoide (T) le viene el nombre de la tetania, enfermedad causada por la falta de funcionamiento de la glándula paratiroides. El sujeto T tiene los ojos algo hundidos, poco expresivos, al igual que todo el rostro, con escasa movilidad. En lo psíquico son de naturaleza rígidos, adictos al deber y propensos a conflictos interiores, idealistas, tenaces y disciplinados.

En estas descripciones colabora Erich R. Jaensch, psicólogo, hermano de Walter Jaensch.

### **El sistema de Pfahler (Delgado, H.,1966)**

En 1938, Gerhard Pfahler de Leipzig, prescindiendo de la constitución, y otorgándole importancia a la herencia biológica, nos ofrece otra tipología basada en diferencias psicológicas bastante precisas: el sistema de Pfahler. Describe un número limitado de propiedades del carácter que son constantes. Escoge tres “funciones fundamentales” e independientes unas de otras que se mantienen a lo largo de toda la vida del sujeto; dependen del patrimonio biológico y no se modifican sensiblemente por la influencia del medio. Tales son:

- a. La energía o actividad vital que puede ser grande o pequeña.
- b. La excitabilidad del sentimiento, que puede ser fuertemente excitable (sujetos alegres o tristes por naturaleza) o débilmente excitable (indiferentes o fríos).
- c. La atención a la perseverancia que puede corresponder a una atención estrecha y fija que se combina con fuerte tenacidad o perseverancia, o a una atención amplia y móvil, con escasa perseverancia.

De la combinación de estos tres elementos resultan 12 subtipos especiales.

### **Los tipos psicológicos de Jung (1875-1961) (Delgado, H.,1966)**

Sus tipos psicológicos fueron formulados antes que los de Kretschmer, Jaensch y Pfahler. Se basan en la distinción de las correlaciones y diferencias relativas al modo como el sujeto se relaciona con el objeto. Al efecto sirven como criterio de división dos formas de actitud y cuatro funciones principales o fundamentales. Las actitudes opuestas son: la introversión y la extraversión, y las funciones cuyo predominio, en cada caso, diferencia la actitud son: el pensamiento y el sentimiento, para los “tipos racionales”; la sensación y la intuición, para los “tipos irracionales”.

Así se obtienen ocho tipos de carácter que pueden variar en cierta medida por la acción del medio. Ellos son:

- |   |   |
|---|---|
| <p>a. Tipos de extraversión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Extravertido por el pensamiento</li> <li>Extravertido por el sentimiento</li> <li>Extravertido por la sensación</li> <li>Extravertido por la intuición</li> </ul> | <p>b. Tipos de introversión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Introvertido por el pensamiento</li> <li>Introvertido por el sentimiento</li> <li>Introvertido por la sensación</li> <li>Introvertido por la intuición</li> </ul> |
|---|---|

## Las formas de vida según Spranger

Se trata de una tipología obtenida de manera deductiva que considera una dirección de sentido según lo expuesto, Spranger distingue sus tipos fundamentales susceptibles de transiciones y de combinaciones en cada caso particular: el hombre teórico, el hombre económico, el hombre estético, el hombre social, el hombre político y el hombre religioso.

## Reseña histórica de la psiquiatría y origen del concepto de personalidad anormal y psicopática

---

En esta sección se esbozan las principales concepciones que se han tenido en la historia sobre el enfermo mental, para luego profundizar en torno a aquellas que atañen a las ideas de personalidad fundamentalmente anormales, con sus protagonistas más relevantes.

Platón (Egaña, E., 1963) señalaba la existencia de un alma tripartita compuesta de tres entidades: la parte divina que se localizaba en la parte superior del sistema nervioso y servía a las actividades de la inteligencia, la razón, las sensaciones y la función motora; la parte intermedia, ubicada a nivel del tallo de encéfalo y cuya protuberancia –bulbo–, era el asiento de las pasiones y de las emociones que controlan apetitos y, finalmente, la parte inferior, de ubicación medular, servía a los deseos y apetitos.

Ya revisamos a Hipócrates (460-377 a.C.) con su concepción de los humores. Galeno (130-200 a.C.) (Vallejo Ruiloba, J., 1984) divide las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos (lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales) y mentales (temores, contratiempos económicos, desengaños amorosos). Sostiene que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma, concibiendo la localización de las funciones propias del sistema nervioso (Egaña, E., 1963) en las vísceras, donde se formarían los espíritus materiales, vitales y anímicos o psíquicos a diferente nivel.

Con la muerte de Galeno (Vallejo Ruiloba, J., 1984) concluye una etapa esperanzadora en la consideración, tanto teórica como práctica, de los trastornos psíquicos, iniciándose una larga época de oscurantismo. Es así como aparece la concepción demoníaca de la enfermedad mental y, en razón de la supuesta convivencia con espíritus demoníacos (Téllez, A., 1954) los pacientes eran objeto de temor y hostilidad.

Hasta la primera mitad del siglo XIX, buscando la participación de factores psicológicos, se decía que el extravío mental nacía de una culpa moral, de una voluntad que no se sometía a las leyes del Decálogo y así, el entonces reputado profesor Heinroth, de Leipzig, recomendaba que el remedio indicado estaba en la sujeción violenta y la punición del alienado. Esta época corresponde a la psiquiatría moralista, cuando seguramente cayeron en esta concepción de la enfermedad mental, además de los psicóticos, muchas de las personalidades anormales y/o psicopáticos, en especial, los antisociales.

En aquellos oscuros tiempos de moralismo en Psiquiatría (Téllez, A., 1954), vivía un hombre llamado Franz Joseph Gall (1758-1828), cuya pasión era el estudio anatómico del cerebro, y que creó una especie de psiquiatría cerebral; la Craneoscopía o Frenología (Vallejo Nagera, A., 1944), fundada por Gall en 1770, ésta quiere ser un método científico de diagnóstico del carácter, de las disposiciones e inclinaciones mentales, de las habilidades del talento e incluso de las tendencias morales mediante la investigación de las prominencias de la superficie del cráneo. Gall postula la idea de que la actividad mental no es función de la totalidad del cerebro, sino de una pequeña porción, distinta para cada una de las actividades psíquicas (teoría de las localizaciones cerebrales); supone que el cerebro levanta protuberancias en el cráneo las que se pueden palpar y así se puede establecer cómo están desarrolladas las diferentes funciones psíquicas en un sujeto dado.

Aplicase la frenología al concepto de Antropología Criminal, con posterioridad, al estudio de los hombres delincuentes, ciencia fundada en 1874 por Ferri y Cesare Lombroso (1835-1909). Sostiene esta escuela que los delincuentes constituyen una clase especial de hombres, que por causa de sus anomalías orgánicas, representan en las sociedades modernas las primitivas razas salvajes. Los conceptos "degeneración" y "atavismo" son fundamentales en esta escuela, que se ocupa principalmente de la investigación de los estigmas degenerativos, de la regresión de los índices cefálicos a los de las razas prehistóricas y monos antropoides, y de la existencia de ciertas anomalías cráneocerebrales en los criminales.

Recordemos que, a raíz del moralismo en psiquiatría, los enfermos mentales eran castigados, en Francia llegaron al extremo de encadenarlos. Después de la Revolución Francesa (1789) se debe a Philippe Pinel (1745-1826) la liberación de los alienados de las cadenas, los que pasan de su condición de réprobos a la de enfermos, por lo que para algunos, como Henri Ey (1980), la psiquiatría nació en la Francia post-revolucionaria.

Al genio de Pinel debemos su famosa *Nosographie Philosophique* (1798) y su *Traité Médico-Philosophique de la Manie* (1801). Pinel, en 1809, denominó "manía sin delirio" al concepto de anomalía caracterial manifestada por actos sin control y sin moderación, entendido como un trastorno moral congénito (Ey, H., 1980).

La primera descripción de un caso de personalidad anormal se la debemos a Pinel en 1809 en su *Traité Médico-Philosophique* (Delgado, H. 1966), donde expone la historia de un hombre, "hijo único, muy mimado, que desde niño satisface, sin freno, todos sus caprichos, y cuando encuentra resistencia trata de imponerse por la fuerza, con crueldad para los débiles; vive constantemente en pependencias, hasta que precipita a una

mujer en un pozo, con lo que pierde definitivamente su libertad. Sin embargo, cuando está tranquilo, es perfectamente razonable y capaz de manejar sus negocios y de cumplir sus deberes”.

A esta “manía sin delirio” del Pinel, Esquirol (1772-1840), poco después, le dio el nombre de “monomanía instintiva” o “impulsiva” (Ey,H.,1980). En definitiva, se concibió como una anomalía congénita del instinto, concepción que hicieron suya la mayoría de los psiquiatras del siglo XIX. Así, la “locura de los degenerados” de Morel (1809-1873), corresponde a la “moral insanity” de Prichard (1835) y a los “Moralische Frankheiten” de los alemanes de la misma época (Ey,H.,1980).

El concepto de degeneración nace en Francia después de la publicación en 1859 del *Origen de las especies* del inglés Charles Darwin (1809-1882).

A J.C. Prichard, en 1835, debemos la invención y delimitación del concepto moral insanity o “locura moral” para describir a individuos que, sin ser insanos ni intelectualmente deficientes, se comportan en sociedad de un modo anormal (Vallejo Nagera,A.,1944). En su obra *A treatise on insanity and other disorders of de mind*, escribe (Delgado,H.,1966) “Hay muchas personas que sufren una forma de desarreglo mental, en que los principios moral y activo del espíritu están fuertemente pervertidos; el poder de gobernarse a sí mismo está perdido o grandemente debilitado, y se verifica que el individuo es incapaz, no de hablar o razonar sobre cualquier tema que se le proponga, sino de conducirse con decencia y decoro en los asuntos de la vida”. Prichard pone así en claro la existencia de irregularidades de la mente en que se comprometen el sentimiento, las inclinaciones y la conducta, en suma, el carácter, pero sin mengua de las operaciones intelectuales. Esto fue un acierto.

En lo que no logra Prichard librarse de la influencia del pensamiento reinante es en el llamar “insanía” o “imbecilidad moral” al desorden. Y no se trata sólo de la palabra, sino del concepto, pues, para él, insano moral es un enfermo en quien se pueden verificar una serie de factores considerados por entonces esenciales de la locura. En su tratado afirma “ Hay a menudo una fuerte tendencia hereditaria a la insanía; el individuo ha sufrido previamente de un ataque franco de locura; ha habido algún gran golpe moral, como la pérdida de la fortuna; o tuvo una conmoción física severa, como un ataque de parálisis o epilepsia, o algún desorden febril o inflamatorio, que ha producido un cambio en el estado habitual de la constitución. En todos estos casos ha habido una alteración del temperamento y los hábitos”.

Después del Método de Gall, paulatinamente, en Alemania, se vio asomar una corriente anátomo-psiquiátrica, que se insinuó y fue adquiriendo contornos cada vez más visibles desde Broca en la neurología y Griesinger (1817-1868) en la psiquiatría (Téllez, A.,1954).

Agustín Téllez (1954), profesor en Berlín, anunció que, en gran parte, las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales, y dejó un camino que recorrerán más tarde Meynert, Wernike, Liepmann, Bonhöffer y, finalmente Kleist. Este último, con su *Gehirnpathologie* fue, en su momento, el más robusto puntal de la fundamentación cerebro-patológica de la

psiquiatría. Kleist concluye con su célebre relato al Congreso de los neurólogos y psiquiatras alemanes reunidos en Frankfurt, en 1936, diciendo que una completa aclaración de las manifestaciones psicopatológicas sólo se obtendrá cuando todos los signos mentales morbosos se comprendan o expliquen también desde un punto de vista cerebro-patológico, cuando todos los fenómenos del alma normal se comprendan y expliquen desde una mirada cerebro-fisiológico y que no hay hoy –señalaba– ninguna esfera de la psicología donde la patología cerebral no haya colocado su pie más o menos profundamente.

Desde su cátedra de Psiquiatría de Munich, Emil Kraepelin (1856-1826), basándose en la clínica y evolución de las dolencias, estableció una sistemática que en parte perdura hasta hoy. En 1904, sentó una diferencia fundamental al hablar de las anomalías constitucionales de la personalidad:

- a. aquellas que no se traducen por perturbaciones de la conducta social (nerviosidad, excitación, depresión constitucional, etc.) y
- b. las que son socialmente peligrosas o moralmente repudiables (delincuentes natos, mentirosos, farsantes, querellantes, etc.).

A las primeras las incluyó en su sección de los “ estados psicopáticos originarios ”, y a las segundas, entre las personalidades psicopáticas propiamente tales (Herrera Luque, F., 1970). Kraepelin creó el término de personalidad psicopática (Vallejo Ruiloba, J.).

La primera formulación de una concepción sistemática de la personalidad anormal, se debe a Y.L.A. Koch quien, en 1888, la formula en toda su amplitud, y poco después dedica al tema la monografía *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten* (Rawensburg, 1891-1893) (Delgado, H., 1966). Koch, por primera vez, aplica el criterio de la psicología del carácter al estudio de aquellos casos de la práctica psiquiátrica, cuyos desórdenes, tuvo la perspicacia de no confundir con las enfermedades mentales. Con esta innovación de método, define la naturaleza de las anomalías psíquicas situadas entre lo normal y lo genuinamente patológico. Sus descripciones de los casos, a base de psicología práctica, constituyen un repertorio de ejemplares de lo que llama “ inferioridades psicopáticas ”. Distingue dos formas, reconociendo que pueden coexistir en el mismo sujeto: la de los hombres que son un peso para ellos mismos y la de los que son un peso para los demás (denominando neurópatas a los primeros y psicópatas a los segundos). Distingue también dos clases en lo que respecta a la duración: la inferioridad psicopática fugaz y la permanente, la que a su vez puede ser congénita a o adquirida. A la permanente o congénita le da importancia principal, y la considera susceptible de asumir formas diferentes, que en grado progresivo son: la disposición, la tara y la degeneración.

Según Téllez (1954), si nos fuese dado retrasar los punteros del reloj y vivir cien años atrás, quizás si nos fuese posible escuchar en el aire el grito mesiánico de Heinroth, indicando a los hombres, que la causa de la alienación está en la culpa y el pecado y que su corrección es el castigo.

Agrega Téllez: “ ¡Qué curioso que después de tantos años transcurridos este grito no resuene tan extraño hoy en día dentro de ciertos círculos psicoterapéuticos, donde se habla de los

complejos perversos, del sentimiento de culpa y de las medidas de expiación!". Es que el profesor Heinroth, de Leipzig, a su modo, es un antecesor de Sigmund Freud (1856-1939), así como también lo son, por otra vertiente, el médico naturalista Carl Gustav Carus y el filósofo del inconsciente Edward Von Hartmann. Con estos dos últimos nombres encontramos la primera raíz de la psiquiatría profunda de nuestros días, de estirpe típicamente germana, y no se debe olvidar que Carl Gustav Carus, amigo y admirador de Goethe, estampó al comienzo de su obra *Psyche*, la siguiente profética frase: "La llave para el conocimiento de la esencia de la vida anímica consciente se encuentra en la región de la inconsciencia".

Freud construye la teoría psicoanalítica, que es una forma de entender el desarrollo de la personalidad normal como la anormal, incluyendo las alteraciones angustiosas, del carácter y las psicosis.

El enfoque psicoanalítico freudiano para entender la conducta humana (Arieti, S., 1967) se caracteriza por cinco puntos de vista que son: el topográfico, el genético, el dinámico, el económico y el estructural. Lo topográfico se refiere a la existencia de una vida psíquica consciente, pero además otra inconsciente y de actividad dinámica importante.

El punto de vista genético entraña el concepto que una determinada conducta actual puede ser entendida sólo en relación al pasado. El fenómeno mental es el resultado de la interacción de las influencias ambientales. El psicoanálisis trata de descubrir la historia pasada del individuo con el objeto de explicar lo actual. Esto es fundamental, ya que los síntomas serían manifestaciones de fijaciones o regresiones a niveles de desarrollo tempranos.

En 1905 Freud publicó tres ensayos sobre la sexualidad, que se han dado en llamar la teoría de la libido. Según esta teoría el desarrollo psicosexual sigue etapas bien precisas: oral (autoerótica, narcisa o preambivalente), anal y fálica. Luego viene el período de latencia y finalmente la etapa genital adulta normal. Desde el punto de vista estructural el aparato psíquico se divide en tres instancias que son el Yo, Ello, Superyó, cada cual con diferentes funciones, que, según cómo se manifiestan, condicionan normalidad, síntomas neuróticos o cambios caracterológicos, o ambos.

A raíz de los descubrimientos del monje agustino Gregor Mendel (1822-1884) que establece las leyes fundamentales de la herencia a partir del conocimiento del modo cómo se transmitían los atributos de color, forma y tamaño en los vegetales a través de diferentes generaciones, Rüdín toma esta idea fundamental (Téllez, A., 1954) y junto a sus colaboradores concentra sus esfuerzos en el estudio de la transmisión hereditaria de las características mentales morbosas, llegando a fundar la Genética Psiquiátrica.

Sus estudios los llevan a afirmar que las enfermedades mentales presentan herencia dominante y recesiva y que estos factores pueden ser completos o incompletos. Según ellos la recesividad incompleta explicaría en gran parte las personalidades estrambóticas que deambulan por los caminos del mundo (Téllez, A., 1954).

Dijimos con anterioridad que Gall llamó la atención hacia la forma del cerebro y el cráneo y su relación con la mente. Kretschmer (1888-1964) pide que se consideren la con-



formación del cuerpo entero y su correspondencia con la personalidad, tanto en el hombre sano como en el hombre enfermo. De acuerdo a este criterio establece la existencia de tres personalidades anormales: esquizoidea cicloide y epileptide o viscosa, con su correspondiente tipo constitucional, leptosómico, pícnico y atlético respectivamente.

Tarea de la fenomenología ha sido el mirar el hecho psicológico en sí, en el afán de describirlo, delimitarlo y diferenciarlo lo más perfectamente posible y de darle su nombre inequívoco. La fenomenología viene a servir directamente a la psiquiatría con los estudios de Jaspers (1883-1969) quien trabajó por convertir esta disciplina en el método de investigación más indicado en psicopatología (Téllez, A., 1954).

Según Téllez, la fenomenología científica pide que el sujeto se figure sólo lo que en el enfermo realmente pasa, dejando de lado generalizaciones de conjunto, complementaciones teóricas, construcciones psicológicas auxiliares e interpretaciones y enjuiciamiento personales. Atenerse exclusivamente a lo que está realmente en la conciencia, verlo bien, describirlo bien: tales son los postulados de la fenomenología como método de investigación en psicopatología.

Recordemos los conceptos de Proceso y Desarrollo introducidos por Jaspers, siendo el último la forma como se desenvuelven las personalidades anormales.

La fenomenología ha sido la herramienta más poderosa para el adelanto de la psicopatología, y esta herramienta, traspasada de las manos del psiquiatra-filósofo que es Jaspers a las del psiquiatra-clínico que es Kurt Schneider, ha rendido magníficos y benéficos frutos (Téllez, A., 1954), desde su cátedra en Heidelberg.

A Kurt Schneider (1887-1967) debemos la primera definición decisiva para el criterio más admitido del concepto de personalidad anormal y psicopática. Sus conceptos los vierte en su obra *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*, cuya primera edición fue publicada en 1923. Schneider define las personalidades anormales como "variaciones o desviaciones respecto a una amplitud media de las personalidades humanas, amplitud media que tenemos presente, pero que no podemos determinar con mayor precisión". Aquí la personalidad normal que sirve de referencia, es concebida según el criterio de la norma del término medio.

La personalidad anormal, para Schneider, es el concepto amplio de las desviaciones fuera de la medida del hombre corriente. El concepto restringido de esas desviaciones es el de personalidad psicopática, que Schneider define así: "Personalidades psicopáticas son aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o que por causa de su anormalidad sufre la sociedad". Más explícitamente, "los psicópatas son personalidades anormales que por efecto de lo anormal de su personalidad caen en conflictos interiores y exteriores más o menos en cada situación vital, bajo todas las circunstancias. Los psicópatas son hombres que en sí, y aún sin referencia a las consecuencias sociales, son personalidades raras, desviadas del término medio. Son psicópatas sólo en cuanto son perturbadores por ser personalidades anormales. Lo perturbador, lo socialmente negativo, es algo secundario".



En lo que atañe al origen de la personalidad psicopática, Schneider sostiene el criterio de que es una anomalía innata (Delgado, H., 1966). Sin mucha contradicción, afirma: "se deben considerar sus fundamentos como algo principalmente dependiente de la predisposición".

Otra aclaración importante de hacer es que Schneider no considera a las personalidades psicopáticas como enfermedades. Dice (Schneider, K., 1968): "consideramos el concepto de enfermedad orientado en conceptos corporales del ser como el único sostenible en psicopatología". Agrega: "sólo hay enfermedades en lo corporal; a nuestro juicio, los fenómenos psíquicos son patológicos únicamente cuando su existencia está condicionada por alteraciones patológicas del cuerpo, en las que nosotros incluimos las malformaciones" (Delgado, H., 1966). Por otro lado su criterio de clasificación es tipológica asistemática.

Según K. Schneider la personalidad psicopática es sencillamente "un hombre así". Diferencia los siguientes tipos: hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesitados de estimación, lábiles de ánimo, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos. Debemos hacer especial mención del psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien cambia el nombre a la Demencia Precoz de Kraepelin por Esquizofrenia (mente escindida). Tiene importancia ya que, a partir de este término, es que se acuña el de esquizotímico y esquizoide, este último usado hasta la actualidad en los sistemas de clasificación (DSM IV y CIE 10).

Una clasificación que nos parece operante y con una base psicopatológica basada en el concepto de temperamento, carácter y lo valorativo moral, es la propuesta por Francisco Herrera Luque (1970), que clasifica las personalidades psicopáticas en 3 grupos:

- a. Psicópatas temperamentales. Como lo dice su nombre, son personas afectadas de una desviación patológica del temperamento: cicloides, esquizoides y epileptoides.
- b. Psicópatas caracteriales. O sea, las anomalías patológicas del carácter, sin que ellas se traduzcan significativamente por alteraciones graves y permanentes de la conducta social o de las pautas morales. Son el histérico, obsesivo y paranoide.
- c. Los sociópatas. Comprende las anomalías graves de la conducta social y moral. Distingue los criminales patológicos, los asociales patológicos y los perversos sexuales. Sigue a Curran y Mallinson en la utilización del término sociópatas.

Respecto de la concepción de los estados límite se puede decir que este término ha nacido como una necesidad (Vallejo Ruiloba, J., 1984). Ya en 1883 Kraepelin introducía el término de formas atenuadas de la esquizofrenia, y en 1885 Kahlbaum hablaba de la heboidofrenia. Kraepelin, estudiando la inferioridad psicopática constitucional, crea una nueva entidad clínica: la personalidad psicopática. Al respecto dice: "Resulta difícil agrupar estas varias formas de locura degenerativa, porque existen muchas combinaciones y estados límite"; más adelante dice: "...incluyen un extenso campo límite entre los estados morbosos acentuados y las meras excentricidades de la personalidad que se suelen considerar normales".



En la actualidad se trata de usar el término, no como un saco roto donde cabe todo aquello que no podemos diagnosticar, sino que en el sentido de alteraciones de la personalidad concebida ésta como de evolución continua. Al respecto, T. Millon (Delgado, H., 1966) acota: "sostenemos el criterio de que la patología de la personalidad descansa en un continuum, es decir, los fenómenos de la personalidad no son fenómenos absolutos, sino que pueden encontrarse en cualquier punto de un gradiente continuo". Y más tarde añade, refiriéndose al término límite: "... Se trata de un término clínico lleno de significado, porque refleja un estado de cosas real y no falso o incongruente: un nivel funcional de la personalidad caracterizado por una inadaptación moderada... debería entenderse como expresión de un nivel y estilo de comportamiento habituales, como un patrón duradero de actividad funcional perturbada que puede estabilizarse y conservar sus principales características durante largos períodos de tiempo".

Las concepciones de Otto Kernberg en su nivel dimensional y categorial son de todos conocidos y ampliamente utilizadas en clínica.

Finalmente, para concluir este capítulo, haré referencia a los diagnósticos de trastornos de personalidad usados por el DSM IV y CIE 10 que son:

DSM IV (American Psychiatric Association, 1994): paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo.

CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992): paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y límite, histriónico, anancástico, ansioso (con conducta de evitación), dependiente.

Como podemos apreciar, muchas de las denominaciones de estas anomalías de la personalidad, vienen de concepciones clásicas tanto kretschmerianas, como kraepelinianas, schneiderianas y freudianas.

Me parece que estas dos clasificaciones adolecen, por momentos, de la dificultad para establecer el límite entre lo neurótico o psicopático, aparte de excluir denominaciones clásicas que en el futuro debieran incluirse como por ej.: la personalidad psicopática fanática y la abúlica, tan frecuentes y determinantes en la historia actual.

## Capítulo 2

### HACIA UNA NOSOLOGÍA INTEGRADA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y EL ESPECTRO DE LO LÍMITROFE

■◆ Raúl Riquelme Véjar / Tatiana Jadue Jamis

En los últimos años, los trastornos de la personalidad están teniendo una mayor atención clínica, pasando de complicadas teorías a una actual preocupación por una mayor precisión en la nosología y en el tratamiento. Esto se manifiesta por la presencia en congresos y reuniones científicas, dentro de una perspectiva más clínica y operativa. Quiénes nos dedicamos al trabajo clínico, encontramos indispensable conocer bien este aspecto del diagnóstico ya que siempre está interactuando con el diagnóstico del Eje I, propuesto por la asociación psiquiátrica americana desde el DSM III (1987) interfiriendo el pronóstico o afectando la interacción terapéutica.

El concepto\* “personalidad”, que proviene del griego máscara, es complejo; “prosopon” era la máscara que usaban los actores griegos para representar un personaje; con el tiempo este concepto se empleó para denominar a la personalidad. En la actualidad, en nuestro lenguaje coloquial utilizamos errónea e indistintamente los conceptos de carácter, temperamento y personalidad. La definición más aceptada de personalidad es aquella descrita por Allport (1963), quien la define como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos” .

En síntesis, podemos decir que personalidad es la conjunción de todas las características psicológicas, moduladas por el entorno social y condicionadas por la biología, que conforman la manera de ser de la persona humana, es el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria. Cuando estos rasgos suponen una variante que va más allá de lo habitual como en la mayoría de las personas, y son inflexibles y desadaptativos, podemos hablar de un trastorno de la personalidad.

Kraepelin (1907), describe cuatro tipos de personalidades anómalas o morbosas.

\* Persona, viene de una voz etrusca que pasó al griego como máscara, para la tragedia y la comedia.

Bleuler (1924), en su tratado de psiquiatría, es el primero en utilizar el concepto de psicopatía atribuyendo un defecto moral congénito o adquirido a una serie de trastornos mentales que abarcan desde el retraso mental hasta sujetos antisociales.

La escuela psicoanalítica, con Freud, da un impulso importante en la interpretación de los trastornos de la personalidad desde una perspectiva de las pulsiones, la estructura de la mente (Yo, Ello y Superyó). Posteriormente, muchos otros analistas han hecho interesantes aportes que sobrepasan el objetivo de este capítulo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV 1994) define los trastornos de la personalidad " como patrones permanentes de experiencia subjetiva y de comportamiento, que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto .Tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y producen malestar o perjuicios, al individuo que los sufre o a su entorno" .

Por su parte, Kernberg (1967, 1977, 1981, 1987) y Millon (1996-2001), han hecho aportes significativos proponiendo, desde distintas perspectivas, comprensiones que permiten orientar el trabajo clínico para el mejor tratamiento de estos cuadros; el primero adapta criterios dimensionales, categoriales y la teoría estructural de la mente, el segundo, propone un criterio dimensional con un análisis factorial con un modelo interpersonal del tratamiento.

Otros autores destacados son el ya citado Allport y Bowlby (1969), siendo Kurt Schneider (1934) el más destacado de los autores contemporáneos desde una perspectiva histórica, con su importante obra *Las personalidades psicopáticas*, que todavía seguimos redescubriendo y que analizaremos en el presente trabajo, entre otras clasificaciones.

A continuación, detallaremos una serie de definiciones básicas para entender las clasificaciones que examinaremos:

1. Personalidad anormal: Desviaciones de un tipo medio de personalidad.
2. Personalidad psicopática: Son personas que sufren por su anormalidad, o debido a ella hacen sufrir a la sociedad (K.Schneider).
3. Trastornos de personalidad: Desviaciones permanentes de la forma de comportamiento que hacen sufrir a la persona y a la sociedad (DSM IV).
4. Rasgo de carácter: Patrón duradero de percibir, de relacionarse con, de pensar acerca del ambiente y de sí mismo, que se expresa en un amplio rango de contextos sociales. Sirve de base a clasificaciones categoriales.
5. Dimensión: Unidad fundamental y básica de la personalidad, desde la cual es posible derivar otros aspectos de la misma.

6. Criterio categorial: la clínica psiquiátrica ha utilizado las observaciones como fenómenos independientes del sujeto que las sufre, definiendo rasgos caracterológicos que han dado lugar a los tipos de trastornos de personalidad que aquí nos ocupan, pensando que el rasgo más acentuado define la conducta de la persona.
7. Criterio dimensional: considera al sujeto de observación moviéndose entre los polos de una misma dimensión, integrando esas polaridades en un funcionamiento determinado; así el sujeto se moviliza entre la actividad y pasividad, entre la dependencia e independencia, dándose una gradiente en la que se ubica un sujeto en particular. La aproximación dimensional a los trastornos de la personalidad implica algunas ventajas, como las siguientes: facilita la investigación neurobiológica, ya que las dimensiones se correlacionan mejor con los hallazgos neurobiológicos que con los rasgos de personalidad; esto implica una mayor facilidad de los estudios psicofarmacológicos y permite los estudios genéticos, ya que las dimensiones parecen ser altamente heredables.

## Factores Estiopatogénicos

---

### Factores psicológicos

Desde la teoría del aprendizaje a la teoría conductual, se postula que sobre el niño se ejercen modelos que ocasionarían trastornos de la personalidad. Desde una visión cognitivista y la influencia en nuestra personalidad de las denominadas cogniciones, el procesamiento de la información, los esquemas y las reglas personales, los procesos interpersonales, etc., estarían a la base de alteraciones de la personalidad.

Las distintas teorías psicoanalíticas enriquecen el trabajo clínico y han dado suficientes instrumentos psicoterapéuticos para la intervención clínica. Como factores etiopatogénicos de estos trastornos, el psicoanálisis propone que las vivencias traumáticas tempranas afectarían el desarrollo del Yo, constituyéndose en un Yo más débil que utilizaría principalmente mecanismos de defensa primitivos para resolver sus conflictos. Bion (1957 a) plantea que en toda persona existe un núcleo psicótico. Sin embargo, existen sujetos en que este núcleo es mucho más evidente e invasor en el funcionamiento de su aparato mental, y se expresaría clínicamente en la psicosis y en los trastornos graves de personalidad. Como Bion, muchos autores psicoanalíticos han estudiado los factores etiológicos de estos trastornos y han postulado que ciertos conflictos en la separación, niveles bajos de diferenciación en los padres, déficit en la función materna, fallas en la confianza básica, entre otros, serían reconocibles en las historias tempranas de estos pacientes.

### Factores socioambientales

Existe suficiente evidencia clínica de que el ambiente tiene una importancia fundamental en el desarrollo de las personas. Es frecuente encontrar en los sujetos con trastornos graves de

personalidad una historia en la infancia de familias disfuncionales, enfermedades psiquiátricas graves en los padres, abandonos tempranos y violencia intrafamiliar. Florenzano y cols., (2002) han estudiado en nuestro país violencia y abuso en la infancia a partir de poblaciones de hospitalizados, donde ha demostrado una alta correlación del diagnóstico de personalidades limitrofes con historia de maltrato y abuso. La influencia de factores como la educación, los modelos parentales, el ambiente familiar y el impacto que tiene en el desarrollo nuestro entorno, hace necesario estudiarlos más sistemáticamente, de modo de establecer correlaciones más precisas entre estos factores y el desarrollo de la personalidad.

La comorbilidad que presentan los trastornos de la personalidad con el consumo de drogas y las conductas adictivas, es un tema que está cobrando gran importancia cada día, por lo que es necesario buscar factores predisponentes de esta conducta. Por otro lado, existen tipos de personalidad más proclives a las adicciones, lo que nos habla de una influencia mórbida y recíproca de estos dos factores donde, por una parte, la personalidad anormal agrava las adicciones y, a su vez, éstas perpetúan los trastornos de personalidad aumentando la fragilidad yoica y las conductas destructivas.

Asimismo la globalización y la post modernidad han generado un fenómeno sociológico de una mayor dependencia de los jóvenes a la familia de origen y una consecuente prolongación de la adolescencia, situación socioambiental que contribuye a perfilar un tipo de pacientes adulto-jóvenes con características de adolescentes que no se ha diferenciado adecuadamente de su familia de origen, que tiende a postergar la separación, además de postergar decisiones vocacionales, laborales y afectivas. Los rasgos que contribuyen más a esta perpetuación, son los evitativos, esquizoides, inseguros, dependientes e histeroideos infantiles.

## **Factores biológicos**

Los factores biológicos se han relacionado con las enfermedades psiquiátricas mayores, y estos cuadros clínicos se han considerado subsíndromes de las enfermedades psiquiátricas mayores. Se ha visto que los sistemas de neurotransmisión involucrados son parecidos a los de los trastornos mayores. Entonces tenemos que los trastornos de personalidad comprometen diferentes sistemas de neurotransmisión, dependiendo de los distintos cluster. Asimismo, se correlacionan con enfermedad afectiva con esquizofrenia y trastornos ansiosos. Los sistemas de neurotransmisión propuestos se pueden ver en el Cuadro N° 1. Siever (1991) sostiene que las distintas agrupaciones de personalidad o cluster corresponden a una dimensión particular de la personalidad. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia involucra lo cognitivo, y el sistema de neurotransmisión más comprometido es el dopaminérgico. En tanto, el trastorno que se relaciona con estos desordenes de personalidad es la esquizofrenia. En éste también podemos ver que, en los trastornos afectivos e impulsivos se compromete la regulación del afecto y el control de impulsos. Los sistemas de neurotransmisión comprometidos son el colinérgico, noradrenérgico y serotorinérgico. Los trastornos vinculados son los afectivos y de control de impulsos. Los sistemas comprometidos en los trastornos ansiosos quedan explicados en el mismo cuadro.

CUADRO Nº 1 • Sistemas de neurotransmisión propuestos en trastornos de personalidad (Siever L.,1991)

Agrupación de Trastornos de personalidad	Dimensiones	Sistemas de neurotransmisión	Relación con el Eje I
Relacionados con Esquizofrenia	Cognitiva/Perceptual	Dopaminérgica	Trastornos Esquizofrénicos
Afectivo/Impulsivo	Regulación del afecto Control de impulsos	Colinérgico Noradrenérgico Serotoninérgico	Trastornos Afectivos Trastornos del control de impulsos
Relacionados con ansiedad	Ansiedad	Noradrenérgica Dopaminérgica Serotoninérgica Gabaérgica	Trastornos por ansiedad

## Clasificaciones de los desórdenes de personalidad

Los intentos por establecer una clasificación tienen un gran número de dificultades, como la misma definición de personalidad normal o la gran cantidad de trastornos descritos. De cualquier forma, en el campo de la psicología el método más utilizado ha sido el de la clasificación dimensional de la personalidad, habiéndose estudiado múltiples modelos como los de Eysenck y Millon, que se miden en cuestionarios factoriales.

En el seno de la Psiquiatría, el método de clasificación más generalizado en los últimos años ha sido un modelo categorial basado en conjuntos de criterios específicos y explícitos. Dentro de estas clasificaciones se encuentran los actuales DSM IV y CIE 10, a las que se podrían hacer múltiples críticas ya que pueden generar confusión y son pobres respecto a la descripción psicopatológica de los cuadros. No obstante, es innegable que han servido para tener un lenguaje común, constituyéndose en un nuevo punto de partida para un desarrollo en la investigación de los trastornos de la personalidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Kernberg plantea el diagnóstico estructural de los trastornos de personalidad. En esta aproximación, se combinan los criterios categorial y dimensional. Esta clasificación denomina estructuras neuróticas a las personalidades mejor integradas en las que se incluyen a los desórdenes de personalidad (D.P.) histérico, obsesivo y depresivo. Entre las estructuras limítrofes se incluyen a los D.P. límite, infantil, narcisista, antisocial, narcisista maligno, ciclotímico, hipocondríaco, esquizoide, esquizotípico y paranoide. Esta comprensión permite un abordaje clínico, centrando los esfuerzos en la fragilidad del yo, con sus mecanismos de defensa, escisión, identificación proyectiva, la difusión de identidad, el ello que trata de expresarse a través de la impulsividad, conductas hétero y autoagresivas.

En la siguiente revisión nosológica se expondrán las clasificaciones de trastornos de personalidad propuestas por:

1. Kurt Schneider; que utiliza un criterio asistemático de clasificación utilizando la observación clínica fenomenológica.
2. Clasificación internacional de enfermedades; CIE 10 que emplea un criterio categorial de clasificación.
3. Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM III, DSM III-R y DSM IV, que clasifica a los trastornos de personalidad con un criterio categorial.
4. Otto Kernberg propone una clasificación utilizando un criterio estructural, que combina criterios categoriales y dimensionales.
5. Theodore Millon utiliza un criterio dimensional con análisis factorial, y propone una clasificación de 14 tipos de trastornos con una serie de subtipos en sus formas adultas.

Se examinan brevemente las ventajas y las limitaciones de cada una de éstas, y cómo pueden integrarse en el trabajo clínico y terapéutico.

## **Clasificación asistemática de Kurt Schneider (1950)**

### **Personalidades psicopáticas**

Este autor plantea que en el ser psíquico individual se distinguen, junto a numerosos rasgos parciales, tres complejos de facultades: la inteligencia, la vida de los sentimientos, pulsiones corporales (vitales). Estos tres aspectos o vertientes se hallan íntimamente relacionados, pero pueden ser considerados aisladamente.

Las personalidades anormales son desviaciones de un tipo medio de personalidad. Rige, por lo tanto, como una norma para su consideración dicho término medio, y no una norma valorativa. Entre las personalidades anormales y aquellos estados que designamos como normales, aparecen transiciones muy frecuentemente, como una gradiente, sin que exista un límite entre unas y otras.

De las personalidades anormales este autor separa como personalidades psicopáticas aquellas que sufren por su anormalidad, o que debido a ella hacen sufrir a la sociedad. Describe una serie de tipos de personalidades psicopáticas incomparables entre sí; tipos entre los cuales son posibles, frecuentes, múltiples y variadas combinaciones. Es así como desde el tipo bien acentuado hasta los más simples "rasgos" existen toda clase de gradaciones.

**Psicópatas hipertímicos:** también denominados psicópatas activos, son los tipos extremos de personalidades con estados de ánimo fundamentalmente alegre, temperamento vivo y una cierta actividad. Frecuentemente son bondadosos y están dispuestos a



ayudar; son eficientes, capaces de rendir, pero carecen de firmeza y profundidad. Son poco dignos de confianza, no tienen sentido crítico, son descuidados y fáciles de influenciar. La conducta es con frecuencia informal, sin sentido de las distancias y demasiado libre. Junto a estos hipertímicos más equilibrados existen también hipertímicos agitados, excitados, sin estados de ánimo fundamentalmente alegre. Los hipertímicos son especialmente incluíbles dentro del círculo psicopático en calidad de hipertímicos penderciosos o como hipertímicos impulsivos. Se comprende que –debido a su temperamento vivo y su elevado sentimiento de suficiencia– incurrirán fácilmente en querellas. En general, los hipertímicos no se sienten satisfechos con nada y se mezclan gustosos en cosas que les son indiferentes. Estos trastornos son, como veremos más adelante, homologables a los ciclotímicos e hipomaníacos descritos por Kernberg.

**Psicópatas depresivos:** sufren bajo un estado de ánimo más o menos permanentemente deprimido, bajo una concepción pesimista, o por lo menos, escéptica de la vida. Una constante angustia vital y cósmica gravita sobre ellos; falta la confianza y la capacidad para alegrarse ingenuamente. En todo se ve el lado malo, nada aparece límpido, todo se ve como estropeado por algo. Las cavilaciones impiden el cumplimiento de los deberes cotidianos y no cesan jamás: las preocupaciones de todo género, los autorreproches, las dudas acerca del valor y del sentido de la existencia. Las experiencias penosas son vividas de un modo profundo y persistente, conduciendo a crisis; por otra parte, las auténticas necesidades los liberan, a veces, de los sufrimientos. Rara vez sucede ésto con los acontecimientos alegres o placenteros y, si así sucede, el efecto dura poco. Es como si constantemente pesase la presencia de algo grave, que cuando no procede del exterior, surge desde dentro de la persona.

Es importante considerar que no siempre aparece lo anteriormente descrito en la superficie; el depresivo posee numerosas máscaras y disfraces. A veces aparece –como ocurre en la “manía angustiosa” y en la “manía de huida”– marcadamente alegre y activo, a pesar de no corresponder esta actitud a su auténtica situación íntima.

Muchos depresivos son infatigables, activos y serios cumplidores de sus deberes, mas no se alegran con ningún éxito y todo reposo trae consigo el peligro de la irrupción de los fantasmas reprimidos. Otros, consideran el sufrimiento como un mérito, lo mismo que la tendencia a reflexionar y a cavilar, la amargura de la vida terrena sin necesidad de ayuda, les conduce a buscar refugio en firmes y consoladoras concepciones del mundo, o bien a combatir por ellas, muchas veces inútilmente. Existen variantes melancólicas, personalidades blandas, bondadosas y al mismo tiempo tímidas y fáciles de desanimar, y variantes más bien malhumoradas: frías, gruñonas, obstinadas, desconfiadas, irritables, criticonas. También existen depresivos malvados que se complacen con hacer daño. Aquí, puede adoptar un aspecto fanático el pesimismo frente al destino: se siente alegría cuando las cosas marchan de nuevo mal. Los depresivos de Schneider son homologables a la personalidad depresiva del DSM IV y a la personalidad melancólica o *typus melancholicus* de Tellembach; además algunas descripciones alcanzan a los subtipos adultos descritos por Millon.

**Psicópatas inseguros de sí mismos:** estos sujetos son siempre ligeramente depresivos, sin embargo, la inseguridad vital de los depresivos no es necesariamente una inseguridad del sí mismo. Los inseguros de sí mismos son aquellas personas con íntima inseguri-

ridad y con deficiente confianza en sí mismas, sin embargo, estos rasgos no son siempre fáciles de apreciar. La falta de libertad interior y la timidez de los inseguros de sí mismos se encuentran en ocasiones rígidamente compensadas hacia el exterior mediante una apariencia demasiado segura, incluso arrogante, o por no querer pasar desapercibido. Los escrúpulos y sentimientos de insuficiencia de los inseguros de sí mismos repercuten, no siempre pero frecuentemente, en la conducta ética. Estas personas están siempre pugnando con remordimientos y escrúpulos de consciencia, y de todo cuanto fracasan se culpan en primer lugar a sí mismos.

Kretschmer ha descrito con insuperable intuición a estos escrupulosos éticos como sensitivos, así como los desarrollos paranoides que ocasionalmente surgen en ellos. Estos desarrollos no se deben hacer desembocar directamente en las psicosis. Los sensitivos son personas cuya vida transcurre dentro de la mayor escrupulosidad de consciencia, exagerada incluso, pero que a pesar de ello están siempre cavilando culposamente acerca de su propia conducta. Sobre el terreno constituido por estas personalidades, surgen las obsesiones. Schneider, sugiere que es preferible hablar de psicópatas anancásticos u obsesivos en lugar de hablar de neuróticos obsesivos.

El sujeto extremadamente inseguro de sí mismo no goza en absoluto de la vida y, sin embargo, se ve constantemente asaltado por remordimientos de consciencia. Estas personas viven en un constante temor de haber descuidado algo o de haber realizado algo mal, o también solamente de que suceda algo en general; los inseguros de sí mismos corresponderían a la Personalidad evitativa del DSM IV y del CIE 10, a la personalidad obsesivo compulsiva del DSM IV y a la personalidad depresiva del Apéndice B de este mismo manual diagnóstico.

**Psicópatas fanáticos:** estos pacientes presentan complejos de sentimientos sobrevalorados, de índole personal o ideática, que constituyen al fanático propiamente tal, en una personalidad marcadamente activa y expansiva (personalidad narcisista, del DSM IV y del Apéndice del CIE 10). El fanático personal, como sucede con el querulante (personalidad paranoide, del DSM IV y CIE 10), lucha por un derecho real o supuesto, son ideas sobrevaloradas, por lo general extremadamente unilaterales, que defienden y exponen públicamente; no es raro ver dentro de este grupo a personas que envían cartas al Presidente de la República, exigiendo que solucione un problema de índole más bien personal. Dentro del grupo de los fanáticos, se encuentra también el fanático idealista, quien lucha o realiza manifestaciones en favor de su programa. Existen también fanáticos silenciosos, excéntricos, quienes llaman la atención por la extravagancia de sus conductas, su lenguaje y hasta su modo de pensar; son personas con un modo de ser falto de unidad, con un cierto sello paranoide. Ellos defienden, frente al mundo, generalmente ideas sobrevaloradas de naturaleza fantástica, exaltada y extraña a la realidad (personalidad esquizotípica del DSM IV). El último tipo de fanáticos descritos por Schneider, son los fanáticos pacíficos, quienes se caracterizan por ser puramente fantaseadores, poco combativos, como sucede con algunos adeptos a sectas (Personalidad Esquizoide del DSM IV y del CIE 10).

**Psicópatas necesitados de estimación:** son personas que desean aparentar más de lo que son, lo que caracteriza para Jaspers la esencia de lo histérico. Se trata de personalidades inauténticas. Esta necesidad de estimación puede, en parte, mostrarse mediante

un modo de ser excéntrico, con el fin de atraer sobre sí la atención, asumen las opiniones y realizan las cosas más extrañas; con frecuencia procuran también adoptar un aspecto exterior llamativo. Otra actitud posible es la autoalabanza. Finalmente, la de referir historias o representar escenas en que se realce la propia personalidad, para lo que se requiere bastante fantasía. Se trata, en este caso, de seudología fantástica. Con el afán de representar un papel que le es negado en la vida real, el seudólogo hace teatro ante los demás y ante sí mismo, este tipo de personalidad es homologable a la personalidad histriónica, del DSM IV y CIE 10.

**Psicópatas lábiles de ánimo:** son personas lunáticas en las que, de modo insospechable, surgen oscilaciones de ánimo de índole irritable-depresiva. En muchas ocasiones resulta sumamente difícil asegurar si estos cambios de humor son reactivos, es decir, si se hallan psíquicamente motivados. De todos modos, estos sujetos tienen días durante los cuales reaccionan de un modo más fácil, y otros duraderamente depresivos. Se trata de una reactividad depresiva aumentada y reforzada, sobre un fondo que no se halla en sí determinado de un modo reactivo. De tales cambios de humor surgen múltiples acciones impulsivas, tales como huidas o excesos de bebidas. Los lábiles de ánimo se homologan con las personalidades limítrofes, del DMS IV y CIE 10, de Kernberg y Millon.

**Psicópatas explosivos:** son aquellas personas que estallan al menor pretexto, es decir, personas excitables desde el exterior, irritables, que fácilmente montan en cólera. Cualquiera palabra las hiere y, antes de que la personalidad haya captado y valorado exactamente su peso y significación, surge una reacción explosiva en respuesta al insulto o al acto de violencia (Personalidades sádicas, del DSM III-R y de Millon).

**Psicópatas desalmados:** son personas que carecen o casi no tienen compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, consciencia. Son con frecuencia sombríos, fríos, gruñones y según sus actos, impulsivos, brutales y crueles. Los desalmados son fundamentalmente incorregibles o ineducables, ya que en los casos acentuados, falta toda base sobre la que pudiera actuar una influencia constructiva. Lo que más llama la atención de estas personas es que tienen falta de conciencia moral, esto es, que conocen las leyes pero hacen caso omiso de ellas. Además los desalmados, no toman en cuenta el valor del otro, por lo que pueden perjudicar a alguien sin sentir culpa ni remordimientos; no se arrepienten de lo que hacen, porque no sienten que hagan daño; esto lo precisa Bleuler al describir que estos pacientes tienen un defecto en los sentimientos morales; este tipo de psicópatas se correspondería con la personalidad antisocial del DSM IV y disocial del CIE 10, el antisocial de Kernberg y Millon.

**Psicópatas abúlicos:** el signo más sobresaliente de estas personalidades es la falta de voluntad, la incapacidad de resistencia frente a todos los influjos; estos individuos sin resistencias son fáciles de seducir por otros. De acuerdo a este modo de ser modelables, son accesibles a buenas influencias. Sin embargo, los abúlicos tienden fácilmente a aspectos negativos. Los abúlicos son a menudos hipertímicos, aunque a veces se presentan en forma apática, también pueden ser desalmados, apáticos, depresivos o asténicos, y lo que se les proporciona mediante las buenas influencias, no dura mucho. Una vez en libertad son víctimas del primero con quien se tropiezan y les cuenta cualquier historia.

Su aspecto social es de la inestabilidad (personalidad límite del CIE 10, variante abúlica y desanimada de Millon).

**Psicópatas asténicos:** no se refiere a personas de constitución asténica, leptosómica, sino que se emplea la expresión asténico en un sentido caracterológico, donde se distinguen dos subformas:

La primera, comprende a ciertos sujetos que se sienten psíquicamente insuficientes. Sus lamentaciones son de índole muy general: escasa capacidad de rendimiento, incapacidad para concentrarse, disminución de la memoria. Sufren de vivencias de extrañamiento: todo el mundo perceptivo, el propio obrar, todo cuanto sienten, se les aparece como lejano, irreal, falso. Con frecuencia, cualquier cosa sin importancia les acobarda, y el angustiado autocontrol conduce luego a la fijación o la repetición, esta variante puede ser homologada al negativista del Apéndice B del DSM IV y de Millon.

La segunda subforma la constituyen aquellos sujetos que, debido a motivos caracterológicos, fracasan fácilmente en lo somático. Normalmente se presta atención a pequeños malestares, a pequeñas alteraciones funcionales que pueden surgir en cualquier momento, para desaparecer de nuevo rápidamente. Constantemente contemplan su propio interior y pierden –frente al acontecer corporal– aquella ingenuidad necesaria para su normal funcionamiento. Se quejan de rápida fatiga, de insomnio, cefaleas, trastornos cardíacos, vasculares, vesicales, menstruales y otras. Esta tipo de personalidad correspondería a la personalidad hipocondríaca descrita de Kernberg.

---

CUADRO N° 2 • **Nosología de los desórdenes de personalidad de Kurt Schneider**

---

**Criterio Asistemático**

1. Psicópatas Hipertímicos
2. Psicópatas Depresivos
3. Psicópatas Inseguros de sí mismos
4. Psicópatas Fanáticos
5. Psicópatas Necesitados de Estimación
6. Psicópatas Lábilis de Ánimo
7. Psicópatas Explosivos
8. Psicópatas Desalmados
9. Psicópatas Abúlicos
10. Psicópatas Asténicos

\* Al revisar la descripción de estos cuadros clínicos, todos están implícitos en el espectro límite.

---

Al revisar las descripciones clínicas de cada uno de estos trastornos que efectuó Kurt Schneider (Cuadro N° 2), se podría hacer hoy el diagnóstico de estructuras límite con el conocimiento y la propuesta hecha por Kernberg, ya que todos tienen graves

descontroles de impulsos y una fragilidad yoica importante, que no permitiría clasificar en personalidades neuróticas a cada uno de estos trastornos de personalidad descritos por Kurt Schneider.

## **Clasificación internacional de enfermedades, CIE 10**

Esta clasificación, como se ha dicho, se basa en criterios categoriales; en esta revisión no detallaremos cada uno de los tipos de las personalidades, sino que haremos un análisis crítico de ésta. Es la más restringida en su tipificación, distinguiendo sólo 7 tipos de trastornos. Por otra parte, incluye una serie de alteraciones adquiridas, en ese sentido aporta algo distinto de las otras clasificaciones. Es importante la inclusión de trastornos derivados de situaciones traumáticas, tanto psicológicas como orgánicas. Por otro lado, también incluye una serie de trastornos de los impulsos que son frecuentes de observar asociados a los mismos desórdenes que estamos describiendo.

En este apartado vamos a explicar una serie de cuadros o trastornos que aparecen en un momento determinado en personas, hasta ese momento normales y que sobrevienen por una causa concreta conocida, por lo que las denominamos transformaciones de la personalidad, y que agruparemos en tres grandes conjuntos.

### **Transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica**

La transformación se debe a la experiencia vivida de una forma muy estresante con un profundo efecto sobre la personalidad del sujeto, independientemente de su vulnerabilidad. Son ejemplos, las experiencias vividas en los campos de concentración, secuestros, torturas, maltrato, catástrofes naturales o exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida.

Suele ser frecuente que a este tipo de transformación le preceda un trastorno por estrés postraumático, pasando a estados crónicos o secuelas irreversibles de este trastorno.

Según el CIE 10, esta transformación de la personalidad debe ser persistente y tiende a manifestarse con rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero.

Manifestaciones clínicas: El sujeto presenta una actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío y desesperanza, sentimiento permanente de estar al límite, como si se estuviera constantemente amenazado, vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no se puede atribuir a un trastorno de la personalidad preexistente.

## **Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica**

Se trata de una transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática por sufrir una enfermedad psiquiátrica grave.

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivenciar y comportarse, que lleva a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivenciado como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo, después de la enfermedad, son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes:

Excesiva dependencia y demandas de terceras personas. Convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social. Pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos. Quejas constantes de estar enfermo, que pueden acompañarse de demandas hipocondríacas y comportamiento de enfermedad. Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales. Deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional. Las manifestaciones señaladas deben haber estado presentes durante un período de, por lo menos, dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico.

## **Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales**

La alteración de la personalidad y del comportamiento debido a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad, daño o disfunción cerebral. En algunos casos, las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral. Sin embargo, no debe sobrestimarse la fiabilidad de este tipo de presunción diagnóstica, por lo tanto, deberán investigarse siempre de un modo independiente la etiología subyacente y, si aparece, se considerará el diagnóstico correspondiente.

**a. Trastorno orgánico de la personalidad.** Este trastorno se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbido. Estas alteraciones afectan, de un modo particular, a la expresión de emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognitivos pueden estar afectados, en especial o incluso exclusivamente, en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como el llamado síndrome de lóbulo frontal. No obstante, se sabe que el síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en las lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro.

Las pautas para el diagnóstico definitivo, además de los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, se basan en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos.

- Capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieren períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
- Alteraciones emocionales, caracterizadas por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.
- Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales, como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personal).
- Trastornos cognitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto.
- Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, pegajosidad e hipergrafía.
- Alteración del comportamiento sexual.

Este trastorno también incluye otras denominaciones aceptadas como semejantes clínicamente y que son, síndrome del lóbulo frontal, trastorno de la personalidad de la epilepsia límbica, síndrome postlobotomía, personalidad orgánica pseudopsicopática.

**b. Síndrome postencefalítico.** En este síndrome se incluyen los cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana. Los síntomas no son específicos y varían de unos individuos a otros, de acuerdo con el agente infeccioso y, sobre todo, con la edad del enfermo en el momento de la infección. La diferencia principal entre este trastorno y el resto de los trastornos orgánicos de la personalidad es que a menudo es reversible.

Las manifestaciones de este trastorno suelen consistir en malestar general, apatía o irritabilidad, cierto déficit de las funciones cognitivas, alteración de los hábitos del sueño y de la ingesta, cambios de la conducta sexual y disminución de la capacidad de juicio. Pueden presentarse muy diversas disfunciones neurológicas residuales, como parálisis, sordera, afasia, apraxia constructiva o acalculia.

- c. **Síndrome postconmocional.** Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas dispares, como cefaleas, mareos, cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales; deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol. Estos síntomas pueden acompañarse de un estado de ánimo depresivo o ansioso, dando lugar a cierta pérdida de la estimación de sí mismo y a un temor a padecer una lesión cerebral permanente. Estos sentimientos refuerzan los síntomas primarios y ponen en marcha un círculo vicioso. Algunos enfermos se vuelven hipocondríacos y se embarcan en la búsqueda constante de diagnósticos y de tratamientos, algunos de ellos pueden adoptar el papel permanente de enfermo.

La etiología de todos estos síntomas no está siempre clara y se ha interpretado tanto como consecuencia de factores orgánicos como psicológicos. Por consiguiente, el lugar de este cuadro en la nosología es aun incierto. Por otra parte, no hay duda de que este síndrome es frecuente e implica gran malestar para el enfermo.

Un diagnóstico definitivo se basa en la presencia de varios de los rasgos señalados anteriormente y debe hacerse una cuidada evaluación mediante exploraciones complementarias (electroencefalograma, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, potenciales evocados, etc.).

---

**CUADRO Nº 3 • Nosología de los desórdenes de personalidad CIE 10**

---

**Criterio categorial**

1. Desorden de Personalidad Paranoide
  2. Desorden de Personalidad Esquizoide
  3. Desorden de Personalidad Disocial
  4. Desorden de Personalidad Impulsiva, Limitrofe
  5. Desorden de Personalidad Anancástico
  6. Desorden de Personalidad Ansioso
  7. Desorden de Personalidad Dependiente
  8. Otros trastornos
- 

En la versión 10 se considera para futuras clasificaciones el trastorno de personalidad narcisista que, como se aprecia, es la clasificación más pequeña de estos trastornos.



## Clasificación de los trastornos de personalidad del DSM III-R y IV

En este punto consideramos la clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico en sus versiones III-R y IV; en las cuales se distinguen tres grupos o clusters y un apéndice. Estos grupos A, B y C, se han clasificado de acuerdo a una dimensión central, que tiene que ver con procesos neurobiológicos específicos. Por ejemplo, se observa el cluster A raros e introvertidos, que incluye los trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y esquizotípico, relacionado con la dimensión cognitivo-perceptual lo que se correlaciona con la neurotransmisión dopaminérgica.

En el apéndice del manual de diagnóstico DSM IV, se han considerado los trastornos de personalidad negativista y depresivo. También hemos considerado el apéndice del DSM III-R, que incluye el trastorno sádico y el trastorno masoquista o autodestructivo. Todos estos trastornos están propuestos para futuras clasificaciones, considerándose que existe una evidencia clínica para proponerlos, no siendo aún suficiente para considerarlos como entidades clínicas independientes.

La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana es la más usada actualmente debido su amplitud descriptiva, ya que es la más completa de los trastornos de personalidad. Además ha servido para unificar criterios descriptivos por parte de los científicos, quienes –cuando se trata de investigaciones clínicas, ya sea desde el punto de vista diagnóstico o del tratamiento– hacen referencia a esta clasificación. Esto ha permitido un lenguaje común entre científicos y clínicos de distintas orientaciones psicológicas y terapéuticas. Por la importancia que tiene esta clasificación, se revisará completa en cada uno de los cuadros clínicos que a continuación aparecen descritos. El Cuadro N° 4 muestra un resumen de esta clasificación.

CUADRO N° 4 • Clasificación de los desórdenes de personalidad DSM III-R y IV

Criterio Categorical			
Grupo A Raros e introvertidos	Grupo B Dramático-emocional	Grupo C Ansioso-temeroso	Apéndice A y B
Paranoide	Antisocial	Evitativo	Pasivo-Agresivo
Esquizoide	Limitrofe	Dependiente	Depresivo
Esquizotípico	Histriónico	Obs. Compulsivo	Sádico
Narcisista			Autodestructivo

Como hemos mencionado, cada grupo se ha clasificado de acuerdo a una dimensión central, y esto tiene que ver con los procesos neurobiológicos; de ahí se desprenden las tres categorías o cluster.

## Cluster A: raros e introvertidos

### a. Trastorno esquizoide de la personalidad:

Consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, solitarios; casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría. La prevalencia del trastorno esquizoide no está claramente establecida, pero puede afectar a un 7.5% de la población general. Algunos estudios indican un cociente hombre-mujer de 2 a 1.

**Manifestaciones clínicas:** Dan la impresión de ser personas frías y distantes, presentan una gran incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, respuesta pobre a los elogios, poco interés por las relaciones sexuales, ausencia de relaciones personales íntimas, tienen tendencia a desempeñar trabajos solitarios o nocturnos para tratar con un menor número de personas, todas sus actividades se caracterizan porque no requieren implicación personal, destacando en actividades de investigación; son solitarios, no presentan conductas agresivas, las que suplantando mediante fantasías de omnipotencia o resignación.

**Diagnóstico diferencial:** Se diferencian de los pacientes esquizofrénicos en la ausencia de antecedentes y en que no tienen alteraciones del pensamiento ni de la sensorio-percepción. El trastorno paranoide muestra más implicación social, y los sujetos con un trastorno por evitación, a diferencia de los esquizoides, desean el contacto social.

### b. Trastorno paranoide de la personalidad:

La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes para él.

La prevalencia en la población general oscila –según los diferentes estudios– entre el 0.5% y el 2.5%. Los familiares de pacientes esquizofrénicos muestran una mayor incidencia de trastorno paranoide de la personalidad. Se ha comprobado una mayor incidencia en grupos minoritarios, sujetos pertenecientes a sectas, inmigrantes y sordos.

**Manifestaciones clínicas:** Estas personas son sujetos que se creen explotados por los demás, son desconfiados, patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente, son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. No tienen mucho deterioro social ya que suelen guardar sus ideas para sí; sólo en casos graves se ven afectadas las relaciones interpersonales. Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad; hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante. Estos sujetos sienten preocupación por conspiraciones sin fundamento, son querulantes, rencorosos, reticentes a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra. Se enorgullecen de ser racionales y objetivos,

lo cual no es cierto. Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social y expresan desdén por aquellas personas que consideran débiles, enfermas o con defectos. En situaciones cotidianas, pueden parecer muy competentes, pero habitualmente generan conflictos a los demás.

**Diagnóstico diferencial:** El trastorno paranoide se diferencia habitualmente del trastorno delirante por la ausencia de ideas delirantes concretas; no sufren alucinaciones ni trastornos formales del pensamiento como los esquizofrénicos paranoides. Se distingue del trastorno límite de la personalidad en que, rara vez, es capaz de implicarse en relaciones apasionadas con otras personas.

### c. Trastorno esquizotípico de la personalidad:

Este trastorno sólo figura en la clasificación DSM ya que en la CIE 10 aparece dentro de los trastornos esquizofrénicos. Estos sujetos son personas marcadamente raras y extravagantes, incluso para los profanos; su vida diaria se caracteriza por tener pensamiento mágico, ideas peculiares y desrealización. Aparece en un 3% de la población y se aprecia un mayor número de casos entre los familiares de pacientes esquizofrénicos. Existe mayor incidencia entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos.

**Manifestaciones clínicas:** El pensamiento y la comunicación están alterados, pueden presentar descompensaciones psicóticas, pueden ser supersticiosos o manifestar poderes de clarividencia. Su mundo interno se alimenta de relaciones imaginarias, experiencias perceptivas inhabituales, comportamiento y apariencia rara, falta de amigos íntimos, afectividad inapropiada, ansiedad social excesiva.

**Diagnóstico diferencial:** Se diferencian de los esquizoides y de los pacientes evitadores por ser más singulares en su conducta, se diferencian de los esquizofrénicos por la brevedad de los episodios psicóticos. Presentan gran comorbilidad con el trastorno límite; en éste predomina la inestabilidad emocional.

## Cluster B: Dramático emocional

### a. Trastorno antisocial de la personalidad:

También se denomina trastorno disocial, se caracteriza por una pauta de conducta irresponsable, al margen de las normas sociales, la que ya aparece en las etapas infantiles, que continúa y se amplía en la edad adulta. El trastorno no es sinónimo de criminalidad, siendo este diagnóstico diferencial un claro reto en la psiquiatría forense. La prevalencia de este trastorno es del 3% en los hombres y del 1% en las mujeres. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas y en poblaciones carcelarias, donde puede alcanzar el 75%. Existe un patrón familiar que se manifiesta con una frecuencia cinco veces mayor entre los familiares de primer grado de los varones afectados, que entre los familiares de los sujetos sin este trastorno.

**Manifestaciones clínicas:** como ya hemos dicho anteriormente este trastorno es de aparición temprana y los signos infantiles típicos son mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, ausentismo escolar y crueldad física. En la edad adulta continúa esta pauta, lo que les conduce a un fracaso en la actividad laboral, en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, etc. En muchos casos llevan a cabo conductas delictivas, son sujetos irritables y agresivos, son protagonistas de violencia doméstica sobre todo cuando se añade el abuso de drogas y alcohol, hecho que ocurre frecuentemente. Además, son propensos a la realización de conductas temerarias, sin preocupación por la seguridad personal o ajena, siendo también frecuente la promiscuidad sexual y la dejación de deberes paternos y conyugales. Hay que destacar la ausencia de culpabilidad respecto sus conductas y a una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas. La edad de comienzo temprana les lleva a un grave deterioro, impidiendo el desarrollo de un adulto independiente y autosuficiente, lo que da lugar, en muchos casos, a años de institucionalización, con frecuencia más penal o correccional que médica. Presentan una cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de empatía; incapacidad para mantener relaciones personales y muy baja tolerancia a la frustración. Con frecuencia estas personas impresionan a las de sexo contrario por los aspectos seductores de su personalidad. No muestran rasgos de ansiedad ni depresión, a pesar de sus amenazas suicidas y sus frecuentes quejas somáticas; dadas sus características también se les ha denominado sociópatas y sujetos amoraes.

**Diagnóstico diferencial:** Hay que separar lo que es un trastorno de la personalidad de lo que es una conducta ilegal o criminal, siendo característico que en el trastorno se afectan numerosas áreas de la vida del sujeto. Es difícil diferenciar este trastorno cuando va asociado al consumo de sustancias ya que, además de muy frecuente, se ha demostrado que se potencian ambos. La comorbilidad con el trastorno límite y el narcisista es muy alta, por lo que el diagnóstico clínico diferencial muchas veces es difícil.

#### **b. Trastorno límite de la personalidad:**

La denominación límite se adoptó cuando este trastorno se consideraba fronterizo entre las psicosis y las neurosis. En la clasificación CIE 10 se le denomina trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, concepto que parece más afortunado y descriptivo. El trastorno límite de la personalidad sería el paradigma de todos los trastornos de la personalidad. Kernberg, habla de una organización limítrofe de la personalidad a la base de los diferentes trastornos, considerando que la patoplastia de cada uno de los diferentes trastornos sería una diferenciación biosocial del trastorno limítrofe. (Esto se explicará mejor al revisar la siguiente clasificación). Parece ser que afecta al 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias.

**Manifestaciones clínicas:** Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias,

junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad que se manifiesta por incertidumbre ante temas trascendentales, como orientación sexual y objetivos biográficos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos –con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos y alteraciones de la conducta alimentaria– se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, y los cambios de humor e ideación paranoide transitoria; descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración. Algunos autores plantean subdivisiones de este trastorno clínico.

**Diagnóstico diferencial:** La diferenciación respecto a la esquizofrenia y a otros trastornos psicóticos se fundamenta en la breve duración de los episodios psicóticos. Hay que tener en cuenta la gran comorbilidad que este desorden tiene con el resto de los trastornos de la personalidad, así como con otras patologías psiquiátricas, como la dificultad diagnóstica es manifiesta en estos pacientes, llegan a recibir hasta ocho diagnósticos diferentes, hasta llegar al correcto.

#### c. Trastorno histriónico de la personalidad:

Las personas con un trastorno histriónico de la personalidad son excitables y emotivas y se comportan de manera pintoresca, dramática y extrovertida. También se le ha denominado personalidad histérica o personalidad psicoinfantil. Presenta una prevalencia del 2% en la población general diagnosticándose con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. En pacientes psiquiátricos hospitalizados se calcula una prevalencia de hasta el 10%. Algunos estudios han demostrado una asociación con el trastorno por somatización.

**Manifestaciones clínicas:** Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos demandan apoyo, atención, y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención. Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes. Tienen tendencia a la representación de su papel, a la teatralidad y expresión exagerada de las emociones, a la sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, afectividad lábil y superficial, a un comportamiento marcado por un deseo inapropiado de seducir, a la preocupación excesiva por el aspecto físico y a considerar sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

**Diagnóstico diferencial:** Muchas veces es difícil la diferenciación entre los histriónicos y los limítrofes, si bien estos últimos presentan descompensaciones psicóticas y

las tentativas suicidas son más frecuentes e intensas. En algunos trastornos de tipo disociativo pueden aparecer personalidades histriónicas de base.

#### **d. Trastorno narcisista de la personalidad:**

Se caracteriza por un sentimiento personal de importancia y singularidad. Este trastorno aparece en el apéndice para futuras revisiones del CIE 10. Se estima que la prevalencia de este trastorno es menor al 1% en la población general, apareciendo en poblaciones clínicas cifras que oscilan entre el 2% y el 16%. Cada vez se diagnostica más, observándose mayor incidencia en sujetos con infancia consentida y en hijos de individuos que presentan el trastorno.

**Manifestaciones clínicas:** Son sujetos que poseen un grandioso sentido de autoimportancia. Como se consideran especiales, esperan recibir un trato diferente, se creen con derecho a todo. Toleran escasamente la crítica, se consideran perfectos, son ambiciosos para conseguir fama, están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor imaginarios, exigiendo una admiración excesiva; son pretenciosos, explotadores, carentes de empatía y reacios a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás. Fingen simpatía para conseguir sus fines dada su frágil autoestima; son propensos a la depresión al sufrir rechazo de los demás o tener dificultad en las relaciones interpersonales, presentan actitudes soberbias y arrogantes.

**Diagnóstico diferencial:** Suele ir asociado a los trastornos límites –histriónico y anti-social– pero presenta menos aparatosidad, menos implicación afectiva y más adaptación social. Los sujetos pueden presentar descompensaciones de gran agresividad cuando los acontecimientos no se desarrollan a su manera.

### **Cluster C: Ansiosos temerosos**

#### **a. Trastorno de la personalidad por evitación:**

También llamado en el CIE 10 trastorno ansioso de la personalidad, presenta una pauta de conducta caracterizada por una extrema sensibilidad al rechazo. Es lo que comúnmente denominaríamos timidez patológica. Se considera que, en mayor o menor grado, afecta a un 7% de la población general. Parece ser que los niños con un temperamento tímido son más propensos a padecer este cuadro en su vida adulta.

**Manifestaciones clínicas:** Presentan una pauta generalizada de malestar en el contexto social; miedo y temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o de ser inferior a los demás. Teme a ser criticado, no entabla relaciones personales restringiendo su estilo de vida. Evita actividades sociales o laborales que requieran contactos personales íntimos, por miedo a la críti-

ca y al rechazo. Llega a desestimar posibles ascensos en su trabajo, si ello implica un mayor contacto en las relaciones sociales.

**Diagnóstico diferencial:** Con el trastorno esquizoide de la personalidad, aun cuando los evitadores desean esa relación social que los esquizoides ignoran, e incluso rechazan.

#### b. Trastorno dependiente de la personalidad:

Consiste en una pauta de conducta dependiente y sumisa. Es más común en las mujeres que en los hombres; se calcula una prevalencia del 2.5%, encontrándose datos que señalan que las personas con una enfermedad crónica en su infancia, pueden ser los más proclives al trastorno.

**Manifestaciones clínicas:** Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por miedo a sentirse rechazados. Soportan mal la soledad y temen ser abandonados. Este trastorno suele ser muy incapacitante a nivel laboral. Estas personas tienden a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida; subordinan las necesidades propias a las de quienes dependen, se resisten a hacer peticiones –incluso las más razonables– a las personas de las que dependen. Presentan sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos. Tienen temor a ser abandonados por una persona con la que tienen una relación estrecha, temor a ser dejados a su propio cuidado; buscan siempre su reafirmación por parte de los demás. Cuando están solos les resulta difícil perseverar en sus tareas. Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de asumir un papel de liderazgo. Es significativo como estas personas pueden soportar y tolerar un cónyuge abusivo, alcohólico o maltratador con tal de no romper su vinculación. Dentro de este trastorno se pueden incluir otras denominaciones, como las personalidades asténica y derrotista.

**Diagnóstico diferencial:** Los rasgos dependientes suelen aparecer en gran cantidad de trastornos psiquiátricos, siendo muy frecuentes en los de personalidad límite e histriónica. Si bien los sujetos no son tan manipuladores, su dependencia tiene más larga duración.

#### c. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:

También denominado trastorno o personalidad anancástica. Consiste en una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad. Es más común en hombres que en mujeres y aparece con más frecuencia en los familiares de primer grado de las personas que lo padecen. No hay datos concluyentes sobre la prevalencia, ya que los diversos estudios existentes han arrojado cifras entre el 0.5% y 7%.

**Manifestaciones clínicas:** Son sujetos con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y están preocupados por las normas que ellos mis-

mos se imponen. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; perfeccionismo que interfiere en la actividad práctica; rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales; pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; rigidez y obstinación; insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonada a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. Presentan una irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos. Las habilidades sociales de estos individuos están muy limitadas, carecen de sentido del humor, son indecisos; cualquier cosa que amenace su rutina les genera una gran ansiedad.

**Diagnóstico diferencial:** Lógicamente con el trastorno obsesivo-compulsivo, en este sujeto predomina la ritualización y las ideas obsesivas, así como un mayor número de actos compulsivos.

## Apéndice B DSM IV

### a. Trastorno depresivo de la personalidad:

No figura como trastorno de la personalidad en las clasificaciones más usuales, pero muchos autores –fundamentalmente de la escuela alemana, como Tellenbach, Kretschmer y Schneider– han descrito este cuadro, llamándole personalidad melancólica. En el DSM IV aparece en el apéndice B para futuras revisiones. No se dispone de datos concretos. Se estima que es frecuente, afecta por igual a hombres y mujeres, y los sujetos que la padecen presentan antecedentes familiares de depresión.

**Manifestaciones clínicas:** Son sujetos tristes, silenciosos, introvertidos, pasivos, pesimistas, incapaces de divertirse, autocríticos, con menosprecio de sí mismos, críticos con los demás. Presentan sentimiento crónico de infelicidad, y sentimientos de inadecuación. Algunos autores asimilan el cuadro denominado “distimia” al trastorno depresivo de la personalidad.

**Diagnóstico diferencial:** Habría que hacerlo con la distimia, siendo ésta episódica, y la personalidad depresiva de curso crónico. Hay que diferenciar este trastorno con el resto de las patologías afectivas y con el trastorno de personalidad dependiente.

### b. Trastorno de personalidad negativista:

Este desorden figura en el apéndice B del DSM IV. La característica esencial es la actitud permanente de oposición y resistencia pasiva a las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, iniciadas al principio de la edad adulta.

**Manifestaciones clínicas:** Estas personas acostumbran a mostrarse resentidas, gustan de contradecir y se resisten a cumplir las expectativas de rendimiento que los



demás tienen de ellos. Esta actitud de resistencia se traduce en aplazamientos, descuidos, obstinación e ineficiencia intencional, sobre todo ante figuras de autoridad. Estos sujetos sabotean los esfuerzos de los demás, ya que no cumplen su parte del trabajo. Su falta de crítica hacia las reacciones que generan en otros, los hace sentirse estafados e incomprendidos.

**Diagnóstico diferencial:** Habría que hacer el diagnóstico diferencial con las personas dependientes, ya que estos sujetos se oponen menos, aunque muestran sus características pasivas. Asimismo con los esquizoides, aunque su negativismo es más bien una manifestación de indiferencia.

## Apéndice A DSM III-R

- a. **Trastorno de personalidad sádico:** Este trastorno de personalidad figura en el apéndice del DSM III-R para futuras clasificaciones. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva que empieza al principio de la edad adulta. Esta conducta sádica resulta evidente en las relaciones sociales (con familiares) y en el trabajo (con subordinados). Es raro que se manifieste con personas que ocupen posiciones de autoridad o estatus más elevado. Se descarta el diagnóstico si esta conducta es dirigida hacia una sola persona o si ha tenido como único propósito la excitación sexual.

**Manifestaciones clínicas:** Estas personas utilizan la violencia física o la crueldad para establecer una dominancia en las relaciones interpersonales. Es frecuente que esta violencia se desate o aumente, cuando la persona percibe que sus víctimas no están dispuestas a seguir siendo intimidadas o controladas. Otras personas que sufren este trastorno jamás emplean la violencia física, sino que desplazan su interés por la violencia hacia una fascinación por armas, artes marciales, heridas o torturas.

Los sujetos sádicos humillan y desprecian –en presencia de otros– a los que están bajo su control, ejerciendo violencia psicológica y abusando del poder que tienen en relación al sujeto abusado. Es posible observar un goce ante el sufrimiento ajeno, ya sea psicológico o físico; incluso se hace evidente con animales.

Este trastorno tiene la característica de ser egosintónico para el sujeto, por lo tanto no acuden a consultar espontáneamente; sólo cuando se ven obligados por circunstancias judiciales u otras. Es frecuente que en estos casos estén presentes características de los trastornos narcisista y antisocial de la personalidad; además pueden complicarse por trastorno en el abuso de sustancias. Raramente se sienten deprimidos, y al ser abandonados su reacción es de ira.

El trastorno sádico puede tener su origen en abusos físicos, sexuales o psicológicos durante la infancia, o haber crecido en familias donde se abusaba de la esposa. Es más frecuente en hombres. Cabe señalar que es usual que las personas abusadas por estos sujetos, presenten un trastorno de personalidad complementario.

**Diagnóstico diferencial:** En el sadismo sexual la conducta sádica está dirigida a lograr excitación sexual. En el trastorno antisocial de personalidad, se evidencian conductas disociales desde la infancia.

#### b. Trastorno de personalidad autodestructiva (masoquista)

Este trastorno de personalidad figura en el apéndice del DSM III-R para futuras clasificaciones. Consiste en un patrón patológico de conducta autodestructiva que se presenta en diferentes contextos: el sujeto evita o tiene poco interés en las experiencias placenteras y es proclive a situaciones que le acarrearán sufrimiento.

Este trastorno se ha llamado personalidad masoquista, sin embargo, se ha propuesto el nombre 'autodestructivo' para diferenciarlo de quienes obtienen un goce explícito con el abuso.

**Manifestaciones clínicas:** el sujeto, a través de sus relaciones, se sitúa en posiciones autodestructivas con consecuencias negativas, aunque incluso se presenten opciones distintas. En este sentido, rechazan ofrecimientos de ayuda ya que tienen la creencia que la vida consiste en sufrir. Esto se correlaciona con los sentimientos de culpa o depresivos que experimentan estos sujetos al vivenciar acontecimientos personales positivos, como por ejemplo el completar un ciclo de estudio o una promoción laboral. En algunos casos, tras algún acontecimiento positivo, estos pacientes hacen algo que les produce daño, como por ejemplo sufrir un accidente.

Los sujetos autodestructivos producen enojo en las personas, generando una conducta complementaria a su actitud autodestructiva. Con esto reproducen el patrón sado-masoquista, repitiendo compulsivamente la agresión y el sufrimiento de los cuales son víctima y al mismo tiempo protagonistas.

El trastorno autodestructivo de la personalidad se puede asociar a los trastornos límite: pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo y por evitación. Se complican frecuentemente por depresión y distimia.

Dentro de los factores predisponentes podemos encontrar abuso físico, sexual o psicológico en la infancia; el haber sido criado en una familia en la que se abusaba de la esposa. Es interesante ver que los factores predisponentes son los mismos que para la personalidad sádica, sin embargo, aquí la pulsión agresiva se dirige hacia sí mismo. Estudios iniciales sugieren que este es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes en la población clínica, con mayor incidencia en mujeres.

**Diagnóstico diferencial:** se descartaría el trastorno de personalidad autodestructivo si se observara que no es un patrón mantenido en el tiempo y si se presentase como defensa ante una agresión mayor. Además, se hace diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos en el cual se realizan conductas autodestructivas como consecuencia del estado anímico.

## Clasificación estructural de Otto Kernberg

Esta clasificación opera con la teoría estructural psicoanalítica, y por otro lado integra criterios dimensionales y categoriales. Propone una conceptualización de las organizaciones de la personalidad en tres niveles: organización neurótica de la personalidad, organización límite alta y límite baja de la personalidad y organización psicótica de la personalidad. Kernberg postula que la organización límite de personalidad, en sus niveles alto y bajo, sería común a todos los trastornos de personalidad. El diagnóstico de la organización límite de la personalidad se basaría en los siguientes criterios estructurales: debilidad del yo, mecanismos de defensa primitivos y sexualidad perverso-polimorfa. Este criterio incluye todas las personalidades que hemos revisado en la clasificación anterior, agregando las personalidades hipocondríaca, hipomaniaca y ciclotímica. Este autor, no considera la personalidad evitativa, el Cuadro N° 5 resume estas ideas.

CUADRO N° 5 • Desórdenes de personalidad, según Otto Kernberg (dimensional, categorial y estructural)

Organización neurótica	Organización límite alta	Organización límite baja
* D. Histérico	D. Infantil histriónico	D. Límite
D. Obsesivo-Compulsivo	D. Sado-masoquista	D. Paranoide
D. Depresivo-Masoquista	D. Dependiente	D. Hipocondríaco
	D. Narcisista	D. Esquizoide
	D. Ciclotímico	D. Esquizotípico
		D. Antisocial
		D. Narcisita maligno
		D. Hipomaniaco

\* D: Desorden

### Síntomas de las organizaciones límite

Los síntomas que permiten sospechar una organización límite son: ansiedad difusa y flotante, lo que se ha denominado panangustia; neurosis polisintomática, que consiste en que el paciente refiere constelaciones de síntomas neuróticos de diversas áreas sintomáticas, como por ejemplo, fobias, trastornos disociativos, obsesiones, evitación, síntomas hipocondríacos, actitud suspicaz frente al medio, síntomas conversivos, etc. Además, los pacientes límite refieren una sexualidad con tendencias perverso-polimorfas, que consiste en conductas promiscuas que dan cuenta de una relación de objeto parcial; fallas en la identidad sexual y falta de constancia objetal, lo que hace que cambien de pareja sexual frecuentemente.

Otro síntoma que nos puede dar luces acerca del diagnóstico de una organización límite de la personalidad es el descontrol de impulsos, que se manifiesta en autoagresiones

frecuentes, conductas sádicas y masoquistas. La tendencia de estos sujetos a ser dependientes se manifiesta también con conductas adictivas a distintas sustancias. También se manifiesta en estos pacientes un funcionamiento regresivo a través de conductas infantiles, sin lograr hacerse cargo de sí mismos por algunos períodos.

Kernberg incluye las personalidades paranoide, esquizoide, esquizotípica, narcisista maligno, antisocial, personalidades caóticas e infantiles, como organizaciones limítrofes bajas. Por lo tanto, cuando hacemos el diagnóstico sintomático de éstas, necesariamente vamos a estar afirmando que son trastornos graves de la personalidad.

Otros grupos de síntomas de la organización limítrofe son: rasgos contradictorios del carácter, discontinuidad temporal de sí mismo, falta de autenticidad, alteraciones sutiles de la imagen corporal, sentimientos de vacío, fallas en la identidad sexual y relativismo moral y ético. Todos estos síntomas constituyen el síndrome de difusión de identidad, el cual es muy característico de estas organizaciones de personalidad. Esto genera una frecuente pérdida del sentido de realidad, que se manifiesta en cambios bruscos de proyectos y de compromisos, para volver a deshacerlos frente a mínimas frustraciones en la próxima dificultad de los mismos.

## **Diagnóstico Estructural**

Los criterios que utiliza Kernberg para el diagnóstico estructural de estos pacientes se basan en la presencia de un Yo débil, el uso de mecanismos de defensa primitivos, pérdida del sentido de la realidad; la presencia de un Superyó sádico y primitivo, y un Ello que se expresa con alto grado de impulsividad que está presionando por el cumplimiento del deseo y por la realización del principio del placer.

El Yo débil se expresa clínicamente en angustia generalizada, frecuentemente no ligada a conflictos; en síndrome de difusión de identidad, donde el sujeto no es capaz de reconocerse a sí mismo en todos sus aspectos, y tampoco logra reconocer a los demás integradamente, lo que lo lleva a hacer operaciones mentales parciales que se manifiestan en relaciones objetales no integradas.

La escisión es el mecanismo de defensa básico que se da en la estructura mental de estos pacientes, que opera en la división del sí mismo y del entorno, en aspectos buenos y malos no integrados. Lo anterior, genera relaciones parciales con las figuras significativas del entorno, ya que permanentemente están relacionándose con aspectos devaluados o persecutorios de los demás o con aspectos extremadamente idealizados. Esta escisión también opera hacia la relación con sí mismo, ya que, en algunos momentos, dan cuenta de un sentimiento de maldad o desvalorización intensa, y en otros, los embargan sentimientos sobrevalorados de superioridad y omnipotencia. Este mecanismo está en la base de las demás defensas utilizadas por estas personas.

Otros importantes mecanismos de defensa primitivos que estos pacientes presentan –como dijimos anteriormente tienen a la base la escisión– son la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia, devaluación y la idealización primitiva.

La identificación proyectiva es una forma temprana de proyección, que consiste en el impulso de proyectar en el otro un aspecto devaluado o persecutorio del sí mismo satisfaciendo la necesidad de control omnipotente del objeto y, por otro lado, la tendencia a seguir sintiendo el mismo impulso como parte del sí mismo. Esto genera una reacción de temor hacia el otro y, por su parte, el otro identificado con los aspectos proyectados valida aparentemente dicho temor; esto permite al sujeto que está proyectando controlar parcialmente la conducta de la persona que tiene en frente. De otro modo, la identificación proyectiva también se puede manifestar con la proyección de aspectos amorosos, grandiosos y omnipotentes del sí mismo, lo que genera en el otro una reacción positiva, controlando la conducta de éste al provocar relaciones simbióticas idealizadas y momentáneas. La identificación proyectiva se da en una estructura de personalidad basada en la escisión o en la disociación primitiva del self (Kernberg, 1987).

La negación en los pacientes límite se ejemplifica con la presencia de áreas de consciencia emocionalmente independientes, de modo que coexisten aspectos negados que no son reconocidos por la persona y que, en otro momento, aparecen negando los que habían sido reconocidos como tales anteriormente.

La omnipotencia y devaluación son derivadas de la escisión que activa estados yoicos de un sí mismo omnipotente y grandioso, que se relaciona con representaciones devaluadas y despreciadas de los otros.

La idealización primitiva consiste en que las cualidades de bondad de los otros se exageran de manera patológica, al grado de excluir los defectos humanos comunes.

Otro aspecto de la organización límite de la personalidad es la internalización de un Superyó primitivo, que consiste en la introyección de imágenes parentales normativas sádicas que le exigen al Yo el cumplimiento de normas estrictas, y ante la imposibilidad de este cumplimiento aparecen sentimientos de culpa persecutorios, sentimientos de desvalorización del sí mismo y la sensación de ser malo o incapaz. Este Superyó sádico, a quien no se le puede cumplir, provoca en el sujeto el uso de defensas primitivas, como la escisión, dejando aspectos de este Superyó escindidos y proyectados en el medio ambiente o en el terapeuta, proyecciones que se vuelven persecutorias.

Al mismo tiempo de la manifestación de este Superyó sádico, tenemos un sujeto que no logra posponer sus impulsos de acuerdo al principio de realidad, debido al Yo frágil que posee. Aparece un Ello que exige el cumplimiento de deseos de forma impulsiva, autodestructiva, que requiere de este Superyó sádico para lograr cierta represión que fracasa ante este Ello que presiona por la satisfacción inmediata de sus impulsos. Este conflicto de preeminencia entre el Ello y el Superyó se retroalimenta en la exigencia –por un lado– del cumplimiento de deseos primitivos, y por otro, la represalia sádica. Debido a que la represión falla, la única salida que encuentra el aparato mental a través del Yo es deshacerse de estas cargas pulsionales, proyectando tanto aspectos del Ello como aspectos del Superyó en el otro. Esto se manifiesta sintomáticamente, por ejemplo, en las adicciones, sexualidad perverso polimorfa, agresividad, conductas sado-masoquistas.

Tener en cuenta el funcionamiento estructural de estos pacientes permite estar atento y darse cuenta del uso de los mecanismos de defensa que se han mencionado anteriormente, que invariablemente involucrarán al terapeuta con reacciones contratransferenciales. Además pueden impedir el buen funcionamiento del tratamiento, independientemente del método terapéutico que se esté utilizando, ya sea farmacoterapia, psicoterapia dinámica o de otras orientaciones; estos aspectos siempre van a estar presentes, siempre se manifestarán, de modo que tenerlos en cuenta será de utilidad para el terapeuta para no identificarse con los aspectos infantiles del sí mismo de los pacientes, y así valerse de ello como material clínico a analizar o a tener en cuenta en el tratamiento.

## **Clasificación dimensional de Theodore Millon**

Esta clasificación contiene catorce trastornos que han sido estudiados con un criterio dimensional con análisis factorial, lo que ha permitido deducir de estas personalidades varios tipos adultos dentro de cada desorden de personalidad. Por otro lado, los desórdenes de personalidad ya descritos por el DSM III-R y DSM IV, los reordena de un modo distinto, teniendo en cuenta un criterio interpersonal. A continuación, presentaremos cuatro cuadros que resumen las principales ideas de Millon (1996, 2001).

En el Cuadro N° 6 se observan cuatro grupos de trastornos de personalidad, con un criterio interaccional que nos permite analizar observar y decidir el modo de intervención clínica más apropiado para dichos desórdenes, a saber, el primer grupo llamado “trastornos de personalidad con dificultad para el placer”, en el que incluye los trastornos esquizoide, evitativo y depresivo, aludiendo a una dificultad de estos sujetos para experimentar un afecto positivo frente a las demandas del medio y a la incapacidad de estos sujetos de interactuar placenteramente con los demás. Este criterio enfatiza la línea de tratamiento psicoterapéutico que pudiéramos utilizar. El segundo grupo, denominado “trastornos de personalidad con problemas interpersonales”, cuyo nombre es criticable debido a que este es un problema que encontramos en todos los trastornos de personalidad, sin embargo, creemos que esta clasificación alude a que los trastornos de personalidad dependiente, narcisista, histriónico y antisocial, que son los que se incluyen en este grupo, serían aquellos que tienen mayor dificultad en sus relaciones interpersonales. Cada uno con su particular característica: el dependiente demandando atención y cuidados, el histriónico buscando atención y afecto, el narcisista solicitando admiración y devaluando al entorno y el antisocial quebrando las normas y explotando a los demás. Este grupo nos propone que el trabajo terapéutico interaccional tendría que estar en la línea de las características anteriormente mencionadas.

El tercer grupo con conflictos intrapsíquicos, incluye a los sádicos, compulsivos, negativistas y masoquistas, enfatiza la conflictiva intrapsíquica de cada uno de ellos y, por otro lado, nos propone un acento más psicodinámico en el afrontamiento terapéutico.

Finalmente, el cuarto grupo, trastornos de personalidad con déficit estructurales, incluye a los esquizotípicos, limítrofes y paranoides. Resulta observable que estos tres tipos de trastorno tienen un déficit estructural importante. En el caso de los paranoides y

esquizotípicos, a nivel de criterio de realidad y en el caso de los limítrofes en el sentido de realidad y en la impulsividad que manifiestan estos pacientes. Millon, además describe un tipo de trastorno de personalidad descompensado que resulta fácilmente reconocible en la población clínica. Se trata de sujetos crónicamente descompensados; creemos que estos casos podrían ser incluidos en este grupo debido a su grave déficit estructural, en cual se manifiesta en un observable comportamiento que bordea lo psicótico. Este último grupo apunta terapéuticamente a que tenemos que otorgar una red de contención permanente a estos sujetos dado que su déficit estructural sería difícil de superar.

CUADRO N° 6 • Clasificación de los desórdenes de personalidad, según Th. Millon (criterio dimensional)

Dificultad para el placer	Problemas interpersonales	Conflictos intrapsíquicos	Déficit estructurales
* DP. Esquizoide	DP. Dependiente	DP. Sádicos	DP. Esquizotípicos
DP. Por Evitación	DP. Histriónico	DP. Compulsivos	DP. Límitrofes
DP. Depresivos	DP. Narcisista	DP. Negativistas	DP. Paranoide
	DP. Antisocial	DP. Masoquistas	DP. Descompensado

\* DP. : Desorden de Personalidad

En los siguientes cuatro cuadros sinópticos (N° 7 al N° 10), hemos resumido las ideas de Millon en torno a los subtipos adultos descritos para cada uno de los trastornos de personalidad conocidos, y los hemos reunido en cada una de las agrupaciones descritas anteriormente.

El aporte clínico y terapéutico de estas subdivisiones radica en que es posible distinguir estos cuadros clínicos en la práctica, o incluso una mezcla de ellos en un particular sujeto. Por razones de espacio, es imposible describir cada uno de estos subtipos, sin embargo, su revisión aporta a la observación clínica, diagnóstica y al tratamiento, porque permite distinguir modos diferentes de funcionamiento en cada uno de los trastornos de personalidad y las variantes que puede tener cada uno de ellos.

CUADRO N° 7 • Trastornos de personalidad con dificultad para el placer (sub-tipos adultos)

DP. Esquizoide	DP. por Evitación	DP. Depresivos
* E. Lánguido	**E. con conflicto	* Dep. malhumorados
E. Distante	E. hipersensible	Dep. de buen tono
E. Embotado	E. fóbico	Dep. autodescalificador
E. Despersonalizado	E. interiorizado	Dep. mórbido
* E.: Esquizoide	* E.: Evitativo	* Dep.: Depresivo

CUADRO Nº 8 • Trastornos de personalidad con problemas interpersonales (sub-tipos adultos)

DP. Dependiente	DP. Histriónico	DP. Narcisista	DP. Antisocial
* D. Inquieto	* H. Teatral	* N. Sin Principios	* A. Codicioso
D. Acomodaticio	H. Infantil	N. Amoroso	A. Defensor de su
D. Inmaduro	H. Vivaz	N. Compensador	Posición
D. Torpe	H. Apaciguador	N. Elitista	A. Arriesgado
D. Sin Identidad	H. Tempestuoso	A. Nomáda	
	H. Falso	A. Malevolente	
* D.: Dependiente	* H.: Histriónico	* N.: Narcisista	* A.: Antisocial

CUADRO Nº 9 • Trastornos de personalidad con conflictos intrapsíquicos (sub-tipos adultos)

DP. Sádicos	DP. Compulsivos	DP. Negativistas	DP. Masoquistas
S. Explosivo	C. Responsable	N. Tortuoso	M. Que provoca su
S. Tiránico	C. Puritano	N. Abrasivo	Ruina
S. Autocrático	C. Burocrático	N. Descontento	M. Posesivo
S. Débil	C. Parsimonioso	N. Vacilante	M. Oprimido
	C. Endemoniado		M. Virtuoso
* S.: Sádico	* C.: Compulsivo	* N.: Negativista	* M.: Masoquista

CUADRO Nº 10 • Trastornos de personalidad con déficit estructurales (sub-tipos adultos)

DP. Esquizotípico	DP. Límitrofes	DP. Paranoide	DP. Descompensado
E. Inspido	L. Desanimado	P. Fanático	No se describe
E. Timorato	L. Impulsivo	P. Maligno	subtipos adultos.
	L. Autodestructivo	P. Obstinado	
	P. Querulante		
	P. Insular		
* E.: Esquizotípico	* L.: Límitrofe	* P.: Paranoide	

## Nosología comparada de los trastornos de personalidad: el espectro de lo límitrofe

En la siguiente propuesta, que se resume en los cuadros comparativos que a continuación detallamos, hemos tratado de integrar los criterios nosológicos de las cinco clasificaciones revisadas en el presente capítulo, con el objetivo de homologar nombres de los distintos autores, destacar la riqueza descriptiva de algunas denominaciones clínicas, resaltar la diferenciación estructural en el espectro de lo límitrofe, desde lo neurótico a lo



psicótico, integrando la diferenciación categorial y dimensional que, a su vez, se relaciona, esta última, con procesos neurobiológicos. A continuación, describiremos los aspectos más relevantes de esta comparación y homologación nosológica.

En el Cuadro N° 11, denominado "Nosología comparada de los trastornos de personalidad estructuras neuróticas", hemos considerado los trastornos que tienen un mejor funcionamiento yoico, que pueden corresponder a un funcionamiento neurótico. Aquí están incluidos los psicópatas necesitados de estimación, que homologamos con los trastornos histriónicos del CIE 10, DSM III-R, DSM IV y de Millon, que se corresponden con el trastorno histérico de Kernberg. Es necesario señalar que, dentro de los psicópatas necesitados de estimación de Schneider, así como en las personalidades histriónicas descritas posteriormente a este autor, se pueden considerar como estructuras neuróticas a aquellos sujetos que presentan un mejor funcionamiento yoico; descartándose las estructuras histeroides e infantiles, así como la pseudología fantástica que se incluyen en los cuadros comparativos siguientes, que corresponde a lo que hemos denominado espectro de lo límite. En este mismo cuadro, observamos los psicópatas anancásticos, homologándolos con el trastorno de personalidad anancástico del CIE 10, con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo del sistema DSM y de Kernberg. El trastorno compulsivo descrito por Millon se homologa a estos mismos cuadros clínicos. Esta clasificación, incluye sin duda, a las organizaciones de personalidad más altas, ya que es frecuente observar estructuras mentales psicóticas con síntomas obsesivos muy intensos que se agregan en los siguientes cuadros resúmenes.

Los psicópatas depresivos, de Schneider, se han homologado al trastorno de personalidad depresivo del sistema DSM, depresivo-masoquista de Kernberg y trastorno depresivo de Millon. El CIE 10 no describe un trastorno depresivo de personalidad.

CUADRO N° 11 • Nosología comparada de los trastornos de personalidad y estructuras neuróticas

Estructuras Neuróticas				
Schneider	CIE 10	DSM IV	Kernberg	TH. Millon
P°. Necesitados de Estimación	DP**. Histriónico	DP**. Histriónico	DP**. Histriónico	DP**. Histriónico
P° Anancásticos	DP**. Anancástico Obsesivo compulsivo	DP**. Obsesivo Compulsivo	DP**. Obsesivo Compulsivo	DP**. Compulsivo
P°. Depresivos	NT***	DP**. Depresivo	DP**. Depresivo Masoquista	DP**. Depresivo

\*P: psicópatas; \*\*DP: Desorden de personalidad, \*\*\* NT: no tipificada

En los siguientes tres cuadros sinópticos (12, 13, 14), hemos incluido los trastornos de personalidad que denominamos "Espectro de lo límite", ya que es posible pensar que aquí aún falta investigación clínica que permita determinar, con mayor precisión, las distin-

tas entidades nosológicas. La propuesta de Kernberg, de que estos cuadros correspondieran a una misma estructura mental con tan variada nosología clínica, es una hipótesis por demostrar, o tal vez existan tipos de estructuras distintas, de acuerdo a lo propuesto por H. Rosenfeld (1979), quien postula cinco grupos. El primer grupo correspondería a pacientes que encuentran dificultades para diferenciarse y con síntomas psicóticos latentes; el segundo grupo correspondería a pacientes de carácter infantil, con una labilidad generalizada e hipersensibilidad. Dentro del tercer grupo, encontramos a los pacientes 'como sí' en los que predomina una tendencia a la sobreadaptación exagerada y rígida, tanto a la situación clínica como a la vida diaria. En un cuarto grupo se encuentran pacientes que han sufrido severos traumas por largos períodos en la temprana infancia, en ellos predominan mecanismos psicóticos de omnipotencia e identificación proyectiva con el fin de evacuar las ansiedades paranoides con los otros significativos. El quinto grupo muestra una mezcla de modos narcisistas de funcionamiento con una incapacidad para interesarse profundamente en los demás, no logrando una empatía básica con su entorno; estas son defensas narcisísticas para evitar sus sentimientos de extremada dependencia.

Mac Williams (1994), propone otro trastorno, la personalidad disociativa, aludiendo a lo comúnmente denominado personalidades múltiples. Hoch y Polatin (1949), proponen la denominación de "formas de esquizofrenias pseudoneuróticas" para referirse a estos cuadros. Como vemos, existen muchos autores que se han dedicado a estudiar el tema desde un punto de vista estructural, esto nos muestra que son muchos los intentos por conocer y comprender estos cuadros clínicos, lo que nos habla también de lo variados que éstos son en sí mismos. Podemos dar cuenta que en la base de todos estos trastornos existe un Yo frágil, sin embargo, la manifestación de esta fragilidad yoica es distinta y particular, pudiendo distinguirse variedades de funcionamiento mental, dentro de lo que hemos denominado el espectro de lo limítrofe, que daría cuenta de una estructura mental distinta en cada variedad.

El espectro de lo limítrofe, en los siguientes cuadros, lo hemos subdividido en tres subgrupos, tomando en cuenta la propuesta de Cluster del sistema DSM, a saber, el grupo dramático emocional, Cluster B, temeroso ansioso, Cluster C, raros excéntricos, o Cluster A, también denominadas personalidades pre-psicóticas. En este último grupo, hemos agregado la personalidad hipertímica de Schneider, homologándola con la personalidad ciclotímica e hipomaníaca de Kernberg.

Estos cuadros sinópticos nos facilitan una visión general de la nosología, por un lado, y por otro, esperamos que en los próximos años haya una mayor precisión en torno al denominado espectro de lo limítrofe, pensando que se podrían tipificar estructuras mentales más específicas que diferencien este amplio grupo de patología de la personalidad.

En nuestra práctica clínica hemos podido distinguir los siguientes grupos, tomando los criterios clínicos y estructurales:

1. Personalidades prepsicóticas con rasgos esquizoide, esquizotípicos y paranoides.

2. Personalidades inseguras con síntomas obsesivos graves, que otros han denominado esquizofrenia pseudoneurótica. Estas conductas obsesivas constituyen defensas precarias a núcleos psicóticos muy amplios de la personalidad.
3. Personalidades de carácter infantil, inestables, con tendencias a la automutilación, a descargas impulsivas auto y hétero agresivas, con intensa disforia histeroide, irritabilidad y tendencias depresivas.
4. Personalidades ciclotímicas, inestables o permanentemente hipertímicos.
5. Personalidades masoquistas con tendencias depresivas, con una permanente aptitud y adicción al sufrimiento, sometimiento a conductas sádicas del entorno.
6. Personalidad histeroide con rasgos disociativos o tendencias a las somatizaciones de variado tipo, conductas seductoras y promiscuas.
7. Personalidades narcisistas con comportamientos sádicos, explotativos de los demás o por lo menos devaluador.
8. Personalidades antisociales con grave descontrol de impulsos, y tendencias paranoideas.
9. Personalidad insegura de sí misma con fatigabilidad fácil y tendencias hipocondríacas.

En estos diferentes grupos de personalidad podemos reconocer un funcionamiento del Yo débil, pero, esta fragilidad es manifestada de una manera diferente en cada grupo, por ejemplo, el funcionamiento yoico de un psicópata, es muy distinto a un hipocondríaco o de un paranoide. El Superyó de estos sujetos puede que sea primitivo en casi todos los casos, sin embargo, el resultado de las ansiedades persecutorias que este Superyó sádico y punitivo genera, tiene manifestaciones distintas en un sujeto ciclotímico o en un sujeto obsesivo. En el caso de los antisociales, este Superyó no está internalizado o parcialmente internalizado, de modo que las diferencias del funcionamiento estructural son evidentes, y sobrepasan el concepto de una única organización limítrofe de personalidad.

Postulamos desde este capítulo que una única organización limítrofe de personalidad no explica el amplio espectro de los trastornos limítrofes, y es necesario hacer un esfuerzo nosológico mayor que permita un mejor acercamiento teórico, clínico y terapéutico, a este amplio grupo de trastornos.

Por otro lado, la clasificación de Millon (1996-2001), y la diferente agrupación de los desórdenes de personalidad, el análisis factorial que ha permitido distinguir distintos tipos adultos dentro de un mismo trastorno de personalidad, constituyen un aporte significativo, ya que su integración a la descripción nosológica y a la práctica terapéutica, permiten un acercamiento más específico en cada uno de estos desórdenes.

**CUADRO N° 12 • Nosología comparada de los trastornos de personalidad y espectro de lo limitrofe**

Cluster B: Dramático emocional. Espectro de lo Limitrofe - Estructuras Limitrofes

Schneider	CIE 10	DSM IV	Kernberg	TH. Millon
P. Desalmados	DP. Disocial	DP. Antisocial DP. Narcisismo Maligno	DP. Antisocial	DP. Antisociales
P. Inestables o Lábilés de Ánimo	DP. Limitrofe Inestable Emocional Impulsivo	DP. Limitrofe	DP. Limitrofe	DP. Limitrofe
P. Fanáticas, P. Necesidades de Estimación	N.T	DP. Narcisista	DP. Narcisistas	DP. Narcisista
P. Necesitados de Estimación	DP. Histriónico	DP. Histriónico	DP. Histeroide Infantil	DP. Histeroide

**CUADRO N° 13 • Nosología comparada de los trastornos de personalidad y espectro de lo limitrofe**

Cluster C: Ansioso - temeroso. Espectro de lo Limitrofe - Estructuras Limitrofes

Schneider	CIE 10	DSM IV	Kernberg	TH. Millon
P. Asténicos, Inseguros de Sí Mismo	Evitativo	Evitativo	NT	DP. Evitativo
P. Abulicos, P. de Voluntad débil	DP. Dependiente	DP. Dependiente	DP. Dependiente	DP. Dependiente
P. Explosivos	NT	NT	NT	DP. Sádicos
ND	NT	DP. Pasivo - Agresivo	NT	DP. Negativista
ND	NT	NT	DP. Sádico Masoquista	DP. Masoquista
P. Asténicos	NT	NT	DP. Hipocondríaco	NT
P. Anancásticos Obsesivo compulsivo	DP**. Anancástico Compulsivo	DP**. Obsesivo Compulsivo	DP**. Obsesivo	DP**. Compulsivo

## CUADRO N° 13 • Nosología comparada de los trastornos de personalidad y espectro de lo límite

Cluster A: Raros-Excéntricos. Espectro de lo límite-Estructuras Límitrofes Pre Psicóticas

Schneider	CIE 10	DSM IV	Kernberg	TH. Millon
P. Fanático	DP. Paranoide	DP. Paranoide	DP. Paranoide	DP. Paranoide
P. Hipertímicos	Ciclotimia (Incluido en T. Afectivo)	NT	D.P. Ciclotímicos D.P. Hipomaniaco	** NT
P. Fanático	DP. Esquizoide	DP. Esquizoide	DP. Esquizoide	DP. Esquizoide
P. Fanático	Esquizotípico (Clasificado como Psicosis)	DP. Esquizotípico	DP. Esquizotípico	DP. Esquizotípico

P.: Psicopatas  
 DP.: Desorden de Personalidad  
 ND.: No descrito  
 NT. No tipificado

## Ilustración clínica

A continuación, describiremos brevemente un caso clínico. A modo de ejemplo integramos los diferentes criterios que cada una de las clasificaciones revisadas aportan, con el fin de ilustrar cómo influyen en un buen manejo clínico; no usarlos podría disminuir las posibilidades terapéuticas de un sujeto, como ocurrió en este caso, al menos por un tiempo prolongado.

**Historia:** O., de 32 años, no ha tenido pareja, desde los 16, relata temores, inseguridad intensa, a veces tiene episodios depresivos. Consulta en innumerables oportunidades, se le diagnóstica depresión endógena sin asumir un tratamiento concordante, consume psicofármacos en grandes cantidades para aminorar su angustia al contacto con las personas, para disminuir sentimientos de aburrimiento. Se reconoce muy dependiente de su familia y se descompensa en forma más grave en relación a la muerte del padre. Llega a hospitalizarse por dos graves intentos suicidas en los dos últimos meses, en uno de ellos, como hecho fortuito, se incendia la casa a consecuencia que estaba intoxicándose con gas, quedando con secuelas de quemaduras.

## Diagnóstico posible desde las distintas clasificaciones

- **Schneider**, lo clasificaría como inseguro de sí mismo y lábil de ánimo.
- **En el CIE 10**, D. de P. Ansioso.

- **En el DSM IV**, se podría clasificar en el grupo C, ansioso-evitativo.
- **Otto Kernberg**, lo clasificaría como estructura límite-infantil y dependiente.
- **Th. Millon**, lo clasificaría dentro de las personalidades con problemas interpersonales, dependiente y evitativa con dificultad para el placer.

## **Integración de los criterios de clasificación en el tratamiento**

Estos diagnósticos nos permiten planificar un tratamiento multimodal:

- **Desde lo fenomenológico hasta el DSM IV** nos permite tratar los síntomas blancos con una estrategia farmacológica con ansiolíticos, antipsicóticos en dosis bajas y antidepresivos para mejorar sus angustias, temores tan intensos y su desánimo.
- **Desde lo psicoanalítico** pensar en la estructura límite nos permitirá planificar una psicoterapia tendiente a fortalecer el yo y disminuir sus mecanismos de defensa primitivos, evitativos y paranoides.
- **Desde Millon**, plantearnos sus dificultades interpersonales y para experimentar el placer, nos sugiere un trabajo de integración en lo familiar y social.
- Haber dejado por mucho tiempo sin diagnóstico el Eje II, ha hecho que este paciente realice un largo camino adictivo destructivo que casi termina con su vida.

## **CONCLUSIONES**

---

Es importante tener una nosología común o comparada que permita homologar estos cuadros clínicos de difícil diagnóstico, y que se hacen más confusos si es que estamos denominando con distintos diagnósticos a situaciones similares o dando iguales nombres a aspectos clínicos distintos.

Es importante tener en cuenta la alta prevalencia de los DP, lo que significa que los encontraremos en todas las instancias de la red de salud mental (13% de Prevalencia en población general, 20% o más en la población psiquiátrica).

Su complejidad diagnóstica y terapéutica requiere de equipos expertos para poder derivar adecuadamente al sujeto al lugar de la red más apropiado para los requerimientos terapéuticos en el momento de la consulta.

Los trastornos de personalidad –por su polisintomatología y cronicidad en muchos de los casos– requieren de mayor cantidad de atenciones en la red de salud mental.

Su pronóstico suele ser malo, especialmente en las estructuras más bajas –en la nomenclatura de Kernberg– si no se aborda eficaz e integralmente.

Se requiere de un esfuerzo investigativo en los próximos años para tipificar, dentro del espectro de lo limítrofe estructuras mentales específicas que permitan intervenir clínica y terapéuticamente mejor.

Es importante conocer los diferentes criterios nosológicos ya que fuera de tener una importancia teórica, en la práctica clínica, permite utilizarlos desde un punto de vista nosológico y terapéutico. Esto deriva en una intervención clínicamente más eficaz, desde diferentes perspectivas terapéuticas, y con un criterio multimodal.

Es necesario continuar haciendo este esfuerzo integrativo de las distintas escuelas del conocimiento psicológico y desde la neurobiología, a objeto de poder clarificar mejor la nosología de este tipo de cuadros clínicos. Asimismo, la integración de los distintos aportes del conocimiento, necesariamente, tendrá un efecto en la práctica clínica que permitirá una mayor eficacia terapéutica en estos complejos casos de la clínica psiquiátrica y psicológica.





## Capítulo 3

### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD

■◆ Ramón Florenzano Urzúa

La preocupación por el estudio de la frecuencia y distribución de los desórdenes de la personalidad ha sido reciente en la literatura. Por un tiempo prolongado, los avances de la epidemiología psiquiátrica se centraron en la prevalencia de los desórdenes sintomáticos, o sea en la medición de la frecuencia de los cuadros pertenecientes al Eje I de los sistemas clasificatorios DSM III y IV. Sólo en la última década se han publicado revisiones centradas en la epidemiología del Eje II (Merikangas, Kr. y Weissman, Mm, 1986 y De Girolamo, G., y Reich, J., 1992). Este interés se ha visto incrementado por la conciencia de que los desórdenes de personalidad son frecuentes en diversos países y ambientes socio-culturales. Su existencia puede afectar negativamente a individuos, familias, comunidades y sociedades, y asimismo parece ser una variable que predice la evolución de otros cuadros psiquiátricos. Por otra parte, persisten problemas nosológicos y de evaluación sistemática de la presencia de estos trastornos (Kaelber, C. y Maser, J., 1992), y en algunos países, como Inglaterra, se ha creado una controversia en el plano político y profesional acerca de si constituyen o no problemas mentales, como veremos más adelante (Gunn, J., y Felhous, Ar., 2000).

Si bien la historia de las descripciones clínicas de estos cuadros es paralela a la historia de la psiquiatría como especialidad (ya Teofrasto hizo las primeras descripciones clínicas y en 1801 Pinel describía una *manie sans delire*), fueron Kraepelin en 1905 y Schneider en 1923 quienes popularizaron dentro de la gran tradición clasificatoria alemana los conceptos de personalidad psicopática y personalidad anormal, respectivamente. Kraepelin habló de una condición patológica a la que denominó "personalidad psicopática". Luego, Schneider, describió las personalidades anormales como variantes constitucionales que son altamente influidas por las experiencias personales, e identificó diez variantes diferentes de "personalidad psicopática". La taxonomía de Schneider se ha mantenido vigente por un período muy prolongado y ha influido poderosamente en todas las clasificaciones posteriores. La polémica acerca de la relación entre trastornos psiquiátricos y desórdenes de personalidad se mantiene hasta hoy: los psiquiatras ingleses no aceptan estos últimos como trastornos psiquiátri-



cos en el sentido estricto. Kendell, por ejemplo, revisa el tema recientemente (2002), en relación a la propuesta en el Parlamento Británico, de crear legislativamente una categoría denominada " trastorno severo y peligroso de la personalidad". Recuerda en ese texto que el creador del término " psicopatía", Koch, señalaba claramente que la " inferioridad psicopática nunca llegaba a ser un trastorno mental", y que para Kurt Schneider las alteraciones de personalidad eran variantes de la vida psíquica sana. Este punto de vista de la psiquiatría germana es compartido por la mayoría de los psiquiatras británicos hasta hoy día. Señala, asimismo, que las alteraciones de la personalidad constituyen factores de riesgo para los trastornos mentales propiamente tales, del mismo modo que la obesidad lo es para la hipertensión o para la diabetes. Distingue este autor, al analizar el concepto actual de enfermedad, los usos socio-políticos de los usos biomédicos del término. El primero implica que una condición es mirada como enfermedad si tiene por una lado consecuencias no deseables para la sociedad, y si parece que las profesiones de la salud pueden tratarla de un mejor modo que los sistemas judiciales, los servicios sociales o los sistemas religiosos. En el caso de las alteraciones de personalidad, señala que son sujetos muchas veces socialmente indeseables, pero no está claro que las profesiones de la salud ofrezcan mejores resultados terapéuticos que las alternativas antes mencionadas. Solo existen evidencias actuales acerca de la mejoría de pacientes límites, sea con terapias dialéctico conductuales o psicoanalíticas (Linehan M., Armstrong, H., Suárez, A. y cols., 1991 y Bateman, A., y Fonagy, P., 1999). Desde el punto de vista biomédico un concepto reciente es el que las enfermedades se definen por constituir " desventajas biológicas", entendiendo Scadding por éstas " la suma de fenómenos anormales presentados por un grupo de organismos vivos ligados a una o varias características comunes que las coloca en varianza con otros organismos de la especie, ocasionándoles ventajas biológicas". El mismo Kendell sugiere que esta desventaja se traduce en una menor sobrevivencia y en una menor fertilidad. La expectativa de vida de los trastornos de personalidad no es menor que la del resto de la población, con excepción de la personalidad antisocial, que tiene una mortalidad elevada por suicidio, homicidio y accidentes. Por otro lado, la relación entre ambos tipos de alteraciones ha sido investigada en estudios prospectivos. Así, Kasen y cols. (1999) realizaron un estudio prospectivo, siguiendo por diez años la evolución de 551 sujetos que tenían entre 9 y 16 años al comienzo del estudio, encontrando que el riesgo relativo de presentar alteraciones de la personalidad en la vida adulta aumentaba no sólo con la presencia de rasgos alterados de personalidad durante la niñez, sino con la existencia de síntomas ansiosos o depresivos mayores. El mismo Kendell reconoce la agregación genética en familias entre los trastornos esquizotípicos de personalidad y las esquizofrenias, de los trastornos evitativos con las fobias, y de los trastornos afectivos de la personalidad con las distimias y ciclotimias.

## **La clasificación de los trastornos de personalidad y sus definiciones en el CIE 10**

---

La personalidad es un tema complejo para la psicología y la psicopatología, y ha sido definida de distintos modos por diversos autores, dependiendo de los modelos teóricos que estos utilicen. La definición sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

es la siguiente: " Un patrón enraizado de modos de pensar, sentir y comportarse que caracterizan el estilo de vida y modo de adaptarse único de un individuo, los que representan la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales. Estos patrones comportamentales tienden a ser estables y a afectar a múltiples dominios conductuales. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con grados variables de malestar subjetivo y de alteraciones del funcionamiento social" (1991).

El CIE 10 ha definido los desórdenes de personalidad como "Patrones conductuales enraizados y duraderos, que se manifiestan como respuestas inflexibles en múltiples situaciones personales y sociales". Esta clasificación acentúa el hecho de que cualquier desorden de personalidad se asocia casi siempre con " un grado considerable de alteración personal y social" . A diferencia de las clasificaciones DSM americanas, no existe en el CIE 10 un eje aparte para el diagnóstico de estos desórdenes, el cual se puede formular con cualquier otro desorden mental.

La mayoría de las clasificaciones de desorden de personalidad involucran por lo menos cuatro aspectos:

- Comienzo en la niñez o en la adolescencia.
- Persistencia a lo largo del tiempo.
- Anormalidades que parecen representar un aspecto básico de los rasgos propios del individuo.
- Asociación con un grado significativo de distrés personal o social.

Uno de los aportes importantes del nuevo sistema clasificatorio de la OMS es el distinguir entre desórdenes de personalidad de comienzo precoz de los de comienzo adulto (llamados también " cambios persistentes de la personalidad"). Esta categoría muestra que, es posible que, en una personalidad que se ha desarrollado normalmente hasta cierto momento, si surgen en el medio ambiente situaciones que sobrepasan al individuo, sean catástrofes naturales o producidas por los hombres (secuestros, estrés masivo, violencia extrema), sean enfermedades psiquiátricas severas, es posible que aparezca y se mantenga luego una alteración sostenida de la personalidad.

En el campo de las clasificaciones o nosologías, persisten aún importantes áreas polémicas a este respecto. Entre ellas mencionaremos las siguientes:

- Sistemas categoriales vs. dimensionales (nosologías discretas vs. continuas).
- Categorías discutidas dentro de los sistemas, tales como los de personalidades limítrofes, pasivo-agresivas, histriónicas, antisociales, sádicas y autoderrotistas.
- Confiabilidad y validez en diversas poblaciones, dada la frecuencia elevada de comorbilidad.

Un problema importante en las clasificaciones americanas, evitado en mejor medida por la de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10), es la división que hacen los DSM III y IV entre ejes I y II, que hoy representan una de las principales dificultades de esta categorización. En otra publicación hemos dicho que la separación en dos ejes es como el Muro de Berlín que ha creado una barrera artificial entre dos tipos de cuadros que tienen una conexión clínica y empírica entre ellos (Florenzano, R., 2000). La depresión es un buen ejemplo de estas dificultades (Shea M. T. y Hirschfeld, R. M. A., 1996), producida además porque se han preferido realizar clasificaciones categoriales, y no dimensionales. Las categorías del DSM IV corresponden a tipologías que están en la mente de los clínicos, y no en la realidad de los pacientes: los clínicos son entrenados para buscar tipos de pacientes, y así se acercan a un diagnóstico. Entre las múltiples objeciones que se han formulado para mantener la distinción entre ejes I y II mencionemos sólo las siguientes:

1. Los instrumentos actuales para diagnósticos del Eje II son metodológicamente y conceptualmente limitados: como hemos revisado en otra publicación, su validez es marginal y su confiabilidad en pruebas de test-retest es baja (Florenzano, R., 1997).
2. Los diagnósticos actuales proceden de una nosología tradicional, y no es claro cómo se pueden buscar criterios distintos a partir de los existentes: hay un razonamiento circular en el cual se parte definiendo criterios que luego se exploran, en el supuesto de que tenemos categorías amplias que son ya conocidas, para desde ellas validar los constructos específicos. Estas categorías amplias no han sido definidas empíricamente, sino que vienen de tradiciones nacionales y categorizaciones conceptuales. El distingo entre neurosis y psicosis, o entre cuadros orgánicos o funcionales, es un ejemplo de lo anterior. Se ha dicho que las clasificaciones psiquiátricas históricamente han sido "tratados de paz" entre grupos en pugna. Así, las psicosis vienen de la tradición psiquiátrica germana y las neurosis de la francesa. Freud realizó una hibridación de ambas en la nosología psicoanalítica. En los Estados Unidos la clasificación en ejes I y II correspondió a diferencias de opinión entre psicopatólogos descriptivamente orientados y clínicos de orientación fundamentalmente psicodinámica. La separación en dos ejes puede considerarse un armisticio entre los que prefieren una orientación fenomenológica y prefieren los tratamientos centrados en síntomas específicos (generalmente psicofarmacológicos) y quienes toman una aproximación psicodinámica y prefieren tratamientos psicoterapéuticos. Este armisticio se ha visto repetidamente violado en la última década en la medida en que, cada vez más, se han planteado tratamientos psicofarmacológicos de cuadros de personalidad (Silva, H., 1997).
3. Las categorías actualmente existentes no consideran dominios funcionales relevantes. Al insistirse en la posición a-teórica de las clasificaciones, se ha privado de sustentación a un concepto que es por definición un constructo teórico: el de personalidad. Desde una conceptualización psicoanalítica por ejemplo, existe todo un marco referencial sofisticado para comprender las dimensiones relevantes no sólo para el diagnóstico, sino para las intervenciones terapéuticas, como lo ha hecho por ejemplo Kernberg (1997). La tendencia de las últimas clasificaciones ha sido cada vez más restrictiva: en la medida que se ha tratado de minimizar el traslape entre categorías,

dada la elevada co-morbilidad entre diagnósticos ya aludida, ha sido necesario restringir cada grupo de criterios a pocos ítemes de mayor especificidad pero a veces de poca utilidad clínica. En psicometría, el reducir a 10 o menos ítemes los criterios, disminuye mucho la posibilidad de abarcar un criterio complejo y rico como es el de trastorno de personalidad. Para mejorar la consistencia interna de los actuales criterios, se ha llegado a buscar ítemes redundantes de un mismo rasgo. Por ejemplo, en el caso de trastorno paranoide los ítemes actuales corresponden en su mayoría a un rasgo: desconfianza (temor de ser engañado o explotado; temor a ser traicionado; temor que otros utilicen la información en contra de ellos; temor que los demás tengan sentimientos hostiles hacia ellos; temor que los otros los ataquen; resentimiento hacia quienes hallan actuado agresivamente hacia ellos). El único ítem no ligado a la desconfianza empíricamente es el temor a la infidelidad. Las interacciones entre los ejes I y II, han sido recientemente resumidas por Banks y Silk (2001).

La evidencia empírica reciente apoya las teorías dimensionales (continuas) sobre las categoriales. En un estudio de Chen, Eaton y cols. (2000) en una muestra de 1920 adultos seguidos prospectivamente en el ECA de Baltimore, Maryland, se encontró que durante los 13 años de seguimiento prospectivo, los pacientes, inicialmente categorizados en cuatro diagnósticos diversos (depresión mayor, síndrome depresivo, distimia, y comorbilidad de depresión mayor con distimia), transitaban de uno de esos diagnósticos a otro. Los factores de riesgo, sin embargo, presentaban cierta heterogeneidad: la historia de agregación familiar aparecía en las depresiones mayores y en los síndromes depresivos. El género femenino se concentraba en el grupo co-mórbido, y los factores gatillantes con el síndrome depresivo, entidad sub-umbral para depresión mayor.

## **Resultados de estudios de prevalencia de desordenes de personalidad**

---

Entre estos estudios, mencionemos que aún existe poco acuerdo entre los diagnósticos hechos por clínicos y otros hechos por autoinformes. En promedio, los clínicos hicieron menos diagnósticos de este tipo (0.7 por paciente) que el personal especialmente capacitado para aplicar algunos instrumentos auto-aplicables. Cuando se utilizan encuestas estructuradas el número de diagnósticos asciende a 2.4. La concordancia, sin embargo, entre los diagnósticos clínicamente formulados y los logrados mediante cuestionarios de autoinforme fue adecuada: 2.5 diagnósticos en promedio, utilizando las convenciones del DSM IV y del CIE 10.

Entre los resultados de diversos tipos de estudios recordemos una publicación previa nuestra, en la cual señalábamos cómo las encuestas comunitarias, acerca de diagnósticos de personalidad, en general encontraban una gradiente de resultados que iba desde 0.1% en Taiwan (Lin, 1989) hasta un 9.8% en el centro de Manhattan, Nueva York (Langner y Michael, 1963). La mediana de dichos estudios estuvo en un 2.8%. En una revisión de Levav en Latinoamérica (1989), los valores fluctuaron entre 3.4% en Costa Rica hasta un

10.7% en el Perú, con una mediana de 4.7%. La mediana de prevalencia de 20 estudios realizados en Norteamérica y Europa y revisados por Neugebauer fue de 7%.

Un estudio nórdico reciente es el de Torgersen y cols. (2001). Estos autores primero resumen la evidencia acerca de la frecuencia de trastornos de personalidad en la población general, datos que resumimos en la Tabla N° 1, para luego informar acerca de un estudio con una muestra representativa de la población de Oslo en Noruega. Ellos encontraron una prevalencia total de 13.4%, distribuida así: trastorno paranoide, 2.7%; esquizoide, 1.7%; esquizotípico, 0.6%; antisocial, 0.7%; sádico, 0.2%; límite, 0.7%; histriónico, 2%; narcisista, 0.8%; evitativo, 5%; dependiente, 1.5%; obsesivo-compulsivo, 2%; pasivo-agresivo, 1.7%; auto-derrotista, 0.7%. Encontraron, asimismo, una mayor prevalencia entre sujetos de menor nivel socio-educacional que viven solos en lugares céntricos de la ciudad.

**TABLA N° 1 • Prevalencia comparativa de trastornos de personalidad en diez estudios comunitarios (Modificada de Jorgensen, 2001)**

<b>Autor y Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Porcentaje</b>
Drake y cols., 1998	Boston	Ent. Clínica DSM III	22.5%
Zimmerman y cols., 1989	Iowa	SIDP	17.9%
Reich y cols., 1989	Iowa	PDO	11.1%
Black y cols., 1992	Iowa	SIDP	22.5%
Maier y cols., 1992	Maguncia	SCID II	10%
Bodlund y cols., 1993	Umea, Suecia	SCID Screen	18.8%
Samuels y cols., 1994	Baltimore	Ent. Clínica DSM III	5.9%
Moldin y cols., 1995	Nueva York	PDE	7.3%
Klein y cols., 1995	Nueva York	PDE	14.8%
Lensenweger y cols., 1997	Nueva York	PDE	6.7%
Jorgensen y cols., 2001	Oslo	SIDP	13.4%
<b>MEDIANA</b>	Todos los estudios		13.5%

En cuanto a la prevalencia en el nivel primario de atención, Kessel y Shepherd encontraron que un promedio de 5% de los casos de los médicos del sistema nacional de salud inglés tenían un desorden de personalidad. El diagnóstico era formulado más frecuentemente por psiquiatras (8%) que por médicos generales (3%). Otro hallazgo significativo fue que los pacientes diagnosticados con desorden de personalidad utilizaban más los servicios médicos: sus tasas de admisión hospitalaria eran mayores que las de los enfermos controles (38 vs. 17%).

En cuanto a estudios en servicios psiquiátricos, la frecuencia de trastornos de personalidad en servicios especializados es en general elevada: esta fluctuó desde un 51% en un

estudio de Loranger (1991) hasta un 14% en uno de Mezzich en 1990. Los tipos más frecuentemente diagnosticados fueron los trastornos limítrofes, los esquizotípicos y los dependientes.

Otro tema de interés en la literatura es el de la coexistencia de este tipo de cuadros con otros trastornos mentales: el tema de la comorbilidad cobra hoy progresivo interés. Los trastornos del eje uno cursan con más síntomas y mayor gravedad, cuando se ven acompañados por uno del Eje II, como lo mostraron en Inglaterra Tyrer y Jonson (1996): al clasificar 163 consecutivos en cuatro categorías: sin trastorno de personalidad, trastorno leve, moderado y severo, encontraron en un seguimiento de dos años que a mayor severidad del trastorno de personalidad mayor sintomatología y peor resultado del tratamiento realizado en el diagnóstico de Eje I.

La coexistencia de un trastorno de personalidad con otro desorden mental es elevada. En la investigación colaborativa del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) al estudiar 239 casos de trastornos del ánimo, un 74% tenía además un desorden de la personalidad. Esta coexistencia tiene implicancias para los resultados del tratamiento. Por ejemplo, Mudler (2002) encontró que los pacientes con depresión mayor recibían menor calidad de tratamiento en los estudios. Al controlar, sin embargo, por características del cuadro depresivo (cronicidad y severidad), el rol negativo de estos cuadros disminuyó.

También es elevada la morbilidad entre diferentes trastornos de personalidad: Oldham y su equipo (1992) estudiaron cien casos de pacientes con psicopatología severa de personalidad, encontrando que la covarianza entre los diversos cuadros, medidos con el PDE y el SCID II, era importante. En especial co-variaron en forma significativamente estadística: trastorno histriónico con límite, histriónico con narcisista, narcisista con antisocial, narcisista con pasivo agresivo, evitativo con esquizotípico, y evitativo con dependiente. Es también elevada la asociación entre desorden de personalidad y abuso de sustancias químicas: un 19% en promedio. La mayor asociación entre estos pacientes era con desorden limítrofe, donde el porcentaje de asociación subió a 68%. En un estudio de Skodol y su grupo (1999), al evaluar con entrevistas semi-estructuradas a 200 pacientes ambulatorios u hospitalizados, se encontró que alrededor del 50% de los casos evaluados por consumo de sustancias tenía un desorden limítrofe de personalidad.

Se ha estudiado, asimismo, la relación entre desórdenes de personalidad y conductas suicidas y parasuicidas. Una revisión reciente de Mehlum (2001) señala que hoy uno de los problemas más frecuentes que enfrentan los clínicos que atienden pacientes hospitalizados es el riesgo suicida crónico de algunos pacientes con trastornos de personalidad. Esta relación es de especial importancia con el diagnóstico específico de trastorno límite de personalidad. Este cuadro coexiste con algunos elementos del Eje I, como lo mostraron Zanarini (1998) y sus colaboradores, el estudiar la comorbilidad de 504 pacientes hospitalizados con trastornos de personalidad, encontrando muchos cuadros del Eje I en especial en trastornos límites: estos pacientes presentaban tanto o más cuadros ansiosos, trastornos de estrés postraumático (TPET), y trastornos por uso de sustancias químicas en el caso de los hombres y de las apetencias y control del peso en el de las mujeres.



El diagnóstico de trastorno límite sigue ocasionando polémica. La frecuencia de esta diagnosis varía según sea hecha a través de una entrevista clínica de rutina o a través de una entrevista estructurada especialmente para ello, como lo han mostrado Zimmerman y Mattia (1999). Asimismo, se ha estudiado la comorbilidad entre trastornos de tipo límite con otros desórdenes del Eje II. Becker y cols. (2000) al estudiar a 138 adolescentes y 117 con el PDE, mediante una entrevista estructurada que da diagnósticos DSM III-R, encontraron que el único trastorno co-mórbido entre los adultos fue el de personalidad antisocial, mientras que entre los adolescentes co-existieron también los trastornos esquizotípico y pasivo-agresivo.

Se ha demostrado también la frecuencia elevada de desórdenes antisociales en poblaciones carcelarias. Estos cuadros han sido de los más estudiados, porque el único trastorno específico estudiado por los ECA norteamericanos, así como por los estudios chilenos fue el trastorno antisocial. Una de las áreas de mayor interés actual es la génesis de estos cuadros, encontrando en un estudio reciente de (Moss, H.B., Lynch, K.G., Hardie, T.L. y Baron, D.A., 2002) que los hijos de padres que tienen o trastorno antisocial o bien consumo de alcohol o drogas tienen mayor tendencia a presentar cuadros tanto externalizantes como internalizantes durante su adolescencia. Es claro que cuando hay disfunción familiar, y en especial esta se relaciona con un padre que consume alcohol y presenta conductas antisociales, los hijos tienen mayores dificultades. Otra investigación de Myers y cols. (1998) estudió la progresión del trastorno por uso dañino de sustancias en la adolescencia, siguiendo a 137 adolescentes de ambos sexos, durante cuatro años. En la reevaluación, cuatro años después, encontraron que un 61% de los casos cumplían ya con los criterios para trastorno antisocial.

En cuanto a diferencias socio-demográficas, diversos estudios informan que es más frecuente el diagnóstico de trastorno de personalidad en el sexo femenino. Así, Golomb y col. (1998) encontraron una prevalencia total mayor de estos trastorno entre las mujeres por ellos estudiados en el Massachussets General Hospital en Boston. Sin embargo, los hombres presentaban más trastornos específicos: personalidades antisocial, narcisista y obsesivo-compulsiva.

## **El tema de la existencia independiente del trastorno depresivo de personalidad**

---

Se ha ido acumulando evidencia acerca de la existencia de una personalidad depresiva independiente de los cuadros afectivos sintomáticos. Klein y Miller (1993), en Nueva York, estudiaron 185 estudiantes de población general, encontrando una asociación muy modesta entre diagnósticos DSM de depresión mayor y distimia, con el de personalidad o temperamento depresivo. Los sujetos con personalidad depresiva, sin embargo, tenían agregación familiar con parientes con trastornos afectivos propiamente tales. En otro estudio sobre el tema, Phillips, Gunderson y cols. (1998), analizaron 54 pacientes con personalidad depresiva, encontrando que, si bien había alguna comorbilidad con



distimia, el 63% de los sujetos con personalidad depresiva no tenían distimia y el 60% no tenían depresión mayor. Los rasgos de personalidad se mantuvieron estables a lo largo del tiempo. Entre los estudios recientes importantes en este tema está el intento realizado por Westen y su grupo (1999) de la Universidad de Harvard para llegar a una clasificación de base empírica y de utilidad clínica para los trastornos de personalidad. Para ello aplicaron una metodología previamente validada por ellos: el Shedlen-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) que permite que clínicos con experiencia en descripciones clínicas formulen detalladas descripciones de los pacientes en un formato sistemático y cuantificable. A través de un procedimiento estadístico (Q-Sort) se pueden identificar grupos naturales de pacientes. Al utilizar esta técnica con 476 psiquiatras y psicólogos de todos los Estados Unidos en relación a sus pacientes con trastornos de personalidad, se llegó a una clasificación empírica de estos cuadros, identificando once categorías que aparecían naturalmente. Desde la segunda categoría en adelante correspondían, con cierta cercanía, a categorías ya existentes en las clasificaciones habituales: trastorno antisocial-psicopático, trastorno esquizoide, trastorno paranoide, trastorno obsesivo, histriónico, narcisista, etc. Sin embargo, la primera de estas categorías, denominada por ellos "Trastorno disfórico de personalidad" agrupó al 20% de los casos estudiados. Esta categoría no se correspondía según los autores con ninguna de las actuales categorías del Eje II, pero si uno observa los ítemes (Tabla N° 2) muchos de ellos concuerdan con descripciones clásicas del trastorno (o carácter) depresivo.

TABLA N° 2 • Ítemes del SWAP-200 que describen a los pacientes con trastorno disfórico de personalidad (Westen y Shendler, 1999).

Ítem	Puntaje factorial
Tiende a sentirse inadecuado, inferior o fracasado	3.62886
Tiende a sentirse infeliz, deprimido o desesperanzado	3.11144
Tiende a sentirse avergonzado	2.775582
Tiende a culpabilizarse o responsabilizarse por acontecimientos negativos	2.70904
Tiende a sentirse culpable	2.67309
Tiende a sentirse incapaz, impotente o a merced de fuerzas fuera de su control	2.552297
Tiende a necesitar o a depender de los demás, requiriendo un exceso de aprobación o seguridad de parte de ellos	2.30493

## Estudios chilenos acerca de prevalencia de trastorno de personalidad

Existen pocos datos acerca de la frecuencia de estos trastornos. Los estudios más importantes de epidemiología psiquiátrica, realizados por Vicente y cols. (2002) en la Universidad de Concepción, solamente han estudiado la presencia de personalidades antisociales

(Ministerio de Salud, 1999). La prevalencia de vida alcanza a 1.6% y la prevalencia de 6 meses alcanza el 1% de una muestra de 2978 individuos en cuatro ciudades de Chile entre los años 1992 a 1999.

## CONCLUSIONES

---

Podemos decir que existe un interés creciente en el tema de los desórdenes de personalidad y en la búsqueda de criterios objetivos de clasificación de éstos. Para avanzar en este tema, es necesario mejorar los métodos de evaluación, y en especial su confiabilidad y validez. Los estudios actuales deben, por una parte, utilizar criterios clínicos aceptables y, por otra, apoyar éstos con entrevistas estructuradas o cuestionarios. Este es el camino que ha recorrido el grupo de investigación de Otto Kernberg para estudiar los trastornos severos de personalidad; partiendo de una entrevista clínica, la entrevista estructural descrita por dicho autor, para luego validar un cuestionario –el Inventory Personality Organization (IPO)– para finalmente preparar una entrevista semi-estructurada (el STIPO). Estos estudios deben validarse en varios países, y se están realizando estudios transculturales del IPO en la actualidad.

Es también claro hoy día que el tratamiento de los trastornos de personalidad tiene un mejor rendimiento que lo que tradicionalmente se pensó: Perry, Banon e Ianni (1999) realizaron un meta análisis de quince estudios con metodología de estudios de antes y después de la terapia, con resultados positivos para todos ellos, con un tamaño del efecto de 1.11 en las mediciones de auto-informe y de 1.29 cuando se usaban observaciones externas. En promedio, el 52% de los pacientes que completaron su terapia se recuperaron, en el sentido de que al fin de esta ya no cumplían con los criterios del DSM IV para trastorno de personalidad. Al medir la velocidad de la recuperación, se encontró que un 15.8% de los pacientes se mejoraban por año.

Un punto final de importancia a subrayar es el mayor costo de estos desórdenes para los servicios de salud. Un estudio de Bender y cols. (2001) encontraron, al comparar 664 pacientes con depresiones mayores sin y con trastorno de personalidad, que los últimos tenían historias de mayor número de tratamientos psiquiátricos tanto ambulatorios como especializados. Los pacientes limítrofes, en particular habían recibido todo tipo de tratamientos a lo largo del tiempo, sean psicosociales o psicofarmacológicos.

## Capítulo 4

### INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

---

■◆ *Sergio Valdivieso Fernández / Daniela Zajer Amar*

Los avances nosológicos en psiquiatría en general y en el campo de los trastornos de la personalidad (TP) en particular han sido posibles gracias al trabajo creativo y complementario de clínicos con gran capacidad de observación, intuición y talento, quienes han contribuido con descripciones finas tanto de la psicopatología como de los rasgos de la personalidad, y de investigadores que han sido capaces de sistematizar el trabajo clínico a través de criterios diagnósticos operacionales, todo lo cual ha contribuido a un avance significativo en la ordenación y clasificación de diversas patologías, y por lo tanto en un estudio más riguroso de la etiología, evolución, pronóstico y tratamiento de éstas. Aún con el riesgo de simplificar, pero en beneficio de mayor claridad, se podría decir que la tradición en el estudio de los trastornos de la personalidad tiene una doble historia (Widiger & Frances, 1985). Por un lado, desde las patologías psiquiátricas se han descrito diversos trastornos de la personalidad que originalmente se pensó tenían algún grado de relación con éstas, como por ejemplo, el esquizoide y esquizotípico con la esquizofrenia, el histriónico con la histeria, el obsesivo compulsivo con la neurosis obsesivo compulsiva. Por su parte, el psicoanálisis contribuyó significativamente al proponer la inclusión de trastornos de la personalidad tales como el limítrofe (inicialmente entre la neurosis y la psicosis) y el narcisista (término originalmente propuesto por Freud para describir patologías en las cuales el destino principal de la libido era el propio yo). En la tradición psiquiátrica se ha puesto énfasis en delimitar categorías discretas con criterios diagnósticos específicos.

Todo este proceso ha tenido un impacto significativo en el sentido de que los principales sistemas de clasificación (DSM y CIE) incluyen trastornos de la personalidad basados en criterios clínicos. Por otro lado, desde la psicología ha existido interés en precisar cuáles son las dimensiones de la personalidad, tanto normales como patológicas, y su influencia en la personalidad. En esta visión lo específico de cada personalidad es la intensidad de tal o cual dimensión y el tipo de combinación de las diversas dimensiones. Lo que

diferencia la normalidad de la patología es más cuantitativo que cualitativo. Similar a lo que ocurre con las categorías de trastornos de la personalidad propuestas desde la psiquiatría, se han desarrollado múltiples instrumentos para cuantificar la magnitud de dichas dimensiones.

El objetivo de este capítulo es describir los instrumentos más utilizados en la actualidad para el estudio de los trastornos de la personalidad y dimensiones específicas de la personalidad. No nos detendremos a discutir los problemas de las clasificaciones actuales, como por ejemplo, la controversia entre perspectivas categoriales y dimensionales, divergencias teóricas en cuanto a constructos para describir la personalidad, etc. Hemos decidido dividir el capítulo en dos secciones. La primera revisará aspectos metodológicos generales con relación al desarrollo de los instrumentos para el estudio de los trastornos de la personalidad. En la segunda parte se analizarán los instrumentos más utilizados para su estudio en la actualidad.

## **Aspectos metodológicos generales en la evaluación de los trastornos de personalidad**

---

En los últimos años ha existido un desarrollo creciente de múltiples instrumentos diagnósticos de trastornos de la personalidad. Esto confronta tanto al clínico como al investigador en la tarea de tener criterios claros y confiables que le permitan seleccionar el método más adecuado para los fines de la evaluación que se quiere realizar. Cualquier programa de tratamiento debiera contar con una metodología válida de diagnóstico que le permita contestar de un modo confiable preguntas tan básicas como frecuencia y distribución de los trastornos en su población consultante. En lo que sigue se describen algunos aspectos y requisitos metodológicos que deben cumplirse cuando se selecciona un instrumento, lo que puede orientar mejor las decisiones en cuanto al tipo de entrevista que se quiere incluir. El contenido de esta primera parte se basa principalmente en los instrumentos que evalúan de acuerdo a criterios diagnósticos DSM y CIE, ya que han sido los más estudiados en cuanto a sus aspectos metodológicos.

### **Confiabilidad interobservador y test-retest**

Tal como fue mencionado, en los sistemas actuales de clasificación se incluyen categorías diagnósticas específicas con criterios precisos. El interés de contar con instrumentos se basa en el bajo grado de acuerdo entre dos evaluadores distintos (baja confiabilidad) al hacer un diagnóstico clínico por medio de entrevistas clínicas no estructuradas. Así por ejemplo, en los estudios de campo del DSM III (Spitzer, Forman & Nee, 1979, en Zimmerman, 1994) se encontró que el coeficiente Kappa ( $k$ ) para la presencia o ausencia de trastornos de la personalidad fue de 0.61 en un diseño de entrevista conjunta (dos entrevistadores evaluando simultáneamente a un paciente). Mellsop y cols. (1982, en Zimmerman, 1994) observaron un grado de acuerdo para la presencia de un TP aún menor, con un  $k$  de 0.41. En el estudio

colaborativo para el tratamiento de la depresión del Instituto de Salud Mental norteamericano (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985, en Zimmerman, 1994) se utilizó un instrumento que puntuaba el grado en el cual las características de personalidad del paciente correspondían a un trastorno de personalidad. El coeficiente de acuerdo fue de 0.48. Utilizando el mismo instrumento, Shea y su grupo (1990, en Zimmerman, 1994) encontraron un  $k$  de 0.36. Comparando estos cuatro estudios con los estudios que se muestran en la Tabla N° 1 se puede concluir que las entrevistas semi-estructuradas, utilizando diversos instrumentos, tiene un coeficiente  $k$  claramente más alto.

TABLA N° 1 • Confiabilidad del diagnóstico de Trastorno de Personalidad

Instrumento	Total de estudios	Total muestra	Kappa (rango) <sup>1</sup>
SCID-II	5	159	0.43-1.00
SIDP	4	203	0.32-1.00
PDE	2	80	0.70-0.96
IPDE	1	141	0.71-0.80
PIQ	1	67	0.52-0.83
PIQ-II	1	47	0.45-0.92
DIPD	1	43	0.52-1.00

Tabla adaptada en base a datos recopilados por Zimmerman (1994).

SCID II: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM III, Eje II; SIDP: Entrevista estructurada del DSM III; PDE: Evaluación de los trastornos de la personalidad; IPDE: Evaluación internacional de los trastornos de la personalidad; PIQ: Entrevista de personalidad; DIPD: entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad.

Como se puede observar, el instrumento que aparece con un grado de confiabilidad mayor es el PDE (y su derivado, el IPDE). Por otra parte, los rangos de  $k$  muestran que el grado de acuerdo interobservador varía según el tipo de trastornos de la personalidad. Más adelante analizaremos los resultados por trastornos de personalidad específico. Es importante señalar que la mayor parte de los trabajos muestran la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente Kappa, que si el grado de acuerdo es mayor al esperado por azar y se calcula con la siguiente fórmula:

$$k = \frac{(\% \text{ de acuerdos observados}) - (\% \text{ de acuerdos esperados por azar})}{1 - (\% \text{ de acuerdos esperados por azar})}$$

Desde un punto de vista metodológico, la validación de un instrumento diagnóstico debe cumplir con una serie de requisitos, entre ellos, validez de constructo, validez de contenido, confiabilidad interobservador y confiabilidad test-retest, es decir, grado de acuerdo entre dos entrevistas realizadas con una semana de diferencia o más. Es interesante señalar que la confiabilidad del instrumento se prueba mejor cuando se realizan dos entrevistas sucesivas versus la entrevista simultánea, ya que el número de factores

<sup>1</sup> Considera el grado de acuerdo interobservador (valores  $k$ ) más bajo y más alto entre todos los TP.

de error aumenta. En la entrevista simultánea la única diferencia es la variación de los entrevistadores en la interpretación del criterio, en cambio en las entrevistas separadas varía el modo de hacer las preguntas y el estado del paciente en cada entrevista. En una exhaustiva revisión, Zimmerman (1994) analiza los estudios publicados hasta el año 1992 con los diversos instrumentos validados para evaluar trastornos de la personalidad. Se muestra el grado de confiabilidad de ocho instrumentos utilizados en veinticuatro estudios diferentes, todos ellos evaluando criterios DSM III y DSM III-R. En la Tabla N° 2 se muestra un resumen de estudios de confiabilidad.

**TABLA N° 2 • Resumen de los estudios de confiabilidad (acuerdo test-retest) de entrevistas estandarizadas de Trastornos de la Personalidad-distribución de los coeficientes K a través de los estudios<sup>2</sup>**

Diseño	n° de estudios	n° de k	% (n) de coeficientes kappa				
			<0.40	0.40-0.49	0.50-0.59	0.60-0.69	>0.70
Entrevista simultánea	15	116	3.4(4)	6.9(8)	10.3(12)	20.7(24)	58.6(68)
Entrevista sucesiva intervalo <1 semana	4	36	11.1(4)	22.2(8)	25.0(9)	13.9(5)	27.8(10)
Entrevista sucesiva intervalo >1 semana	5	27	44.4(12)	18.6(5)	18.6(5)	11.1(3)	11.1(3)

Resumen realizado por Zimmerman (1994, p.231).

Se puede observar cómo la confiabilidad disminuye en la medida que las entrevistas se distancian, lo que es esperable, ya que, como se mencionó, el estado del paciente puede variar no sólo en términos de su disposición a ésta sino también en la actividad de otras patologías psiquiátricas. Este aspecto no sólo es problemático en cuanto a la confiabilidad del diagnóstico al momento de la consulta inicial de los pacientes, sino que es contradictorio con el hecho de que comúnmente se solicita a los pacientes que respondan de acuerdo a su manera de ser habitual en los últimos años, y se considera que el diagnóstico de trastornos de la personalidad tiene un carácter estable. En la Tabla N° 3 se muestra la variación del coeficiente *k* en cada trastornos de la personalidad. Es interesante hacer notar que prácticamente todos los trastornos de la personalidad, a excepción del trastorno de personalidad antisocial, disminuyen el grado de acuerdo a mayor intervalo entre las entrevistas. Es probable que ello se deba a que los criterios diagnósticos de este trastorno de personalidad son muy exigentes y por lo tanto seleccionan los pacientes del extremo más grave.

<sup>2</sup> Los instrumentos utilizados fueron: SCID II (7 estudios), SIDP (6 estudios), PDE (5 estudios), IPDE (2 estudios), PIQ (2 estudios), DIPD (2 estudios), PDQ (2 estudios), MCMI (1 estudio). Los números entre paréntesis indican la cantidad de *k*.

**TABLA N° 3 • Resumen de los estudios de confiabilidad de TP diagnosticados a través de entrevistas estandarizadas**

Diseño	n° de estudios	Coeficiente k promedio para cada TP										
		CT	Para	Ezoi	Etipi	Hist	Lim	Narc	Anti	O-C	Dep	Evi
Entrevista simultánea	15	0.75	0.62	0.74	0.75	0.76	0.73	0.69	0.77	0.69	0.75	0.68
Entrevista sucesiva intervalo < 1 semana	4	0.56	0.56	-	0.69	0.59	0.60	0.54	0.77	0.35	0.59	0.63
Entrevista sucesiva intervalo > 1 semana	5	0.56	0.57	-	0.11	0.40	0.56	0.32	0.84	0.52	0.15	0.41

Cuadro adaptado de Zimmerman (1994, p.231).

CT: Cualquier Trastorno; Para: paranoide; Ezoi: esquizoide; Etipi: esquizotípico; Hist: histriónico; Lim: límite; Narc: narcisista; Anti: antisocial; O-C: obsesivo compulsivo; Dep: dependiente; Evi: evitativo.

Diversos autores han confirmado los problemas de confiabilidad mencionados. Otros estudios que evalúan confiabilidad test-retest de los instrumentos con un intervalo mayor a dos semanas, también han encontrado kappas bajos, incluso 0.11 para algunos trastornos (Perry, 1992). En este sentido, Dreessen y Arntz (1998) plantean la importancia de investigar y chequear los indicadores de variaciones entre evaluadores al comparar la información que recogen (confiabilidad entre evaluadores), y de variaciones del paciente al entregar información en distintos momentos (estabilidad temporal) al momento de elegir un instrumento.

Las variaciones en la entrega de información de los pacientes no sólo dependen del evaluador, sino también del paso del tiempo. Una entrevista confiable y estable en el área de los trastornos de la personalidad es aquella en la cual las respuestas y conductas del paciente serían comparables a las que se obtendrían si se sustituyera al evaluador, o si el paciente fuera entrevistado hoy o en unas semanas más. En conclusión, la variabilidad entre los evaluadores en su capacidad de elicitar información y la variabilidad del paciente para entregarla a través de evaluaciones en distintos momentos, son temas muy importantes a investigar y chequear en las entrevistas semi-estructuradas (Dreessen & Arntz, 1998).

Además, sobre la confiabilidad pesan algunas decisiones difíciles tales como, decidir si el patrón evaluado es lo suficientemente persistente e influyente a través del tiempo y en las distintas situaciones, lo que complica el diagnóstico que van influyendo en la alteración de sus índices. Debido a esto, varios autores han indicado su preferencia por las entrevistas semiestructuradas por sobre los cuestionarios de autorreporte y las entrevistas inestructuradas al diagnosticar trastorno de personalidad, debido a la mayor confiabilidad de las primeras por sobre los segundos (Zimmerman, 1994; Dreessen & Arntz, 1998), mientras que se afirma usualmente que los cuestionarios de autorreporte tienen más utilidad como instrumentos de escaneo que como instrumentos diagnósticos (Loranger, 1992; Ouimette & Klein, 1995; en Dreessen & Arntz, 1998).

## Validez de constructo y validez concurrente

Otra manera de evaluar la capacidad diagnóstica de un instrumento es probar si concuerda con otros métodos que evalúan el mismo trastorno a partir de los mismos criterios diagnósticos. Lo esperable es que la concordancia en estos casos sea alta, sin embargo, se ha observado lo contrario.

Una completa revisión de entrevistas estructuradas y cuestionarios (Perry, 1992) indica que ninguna ha demostrado evidencia aceptable de que evalúa con validez los constructos que dice que evalúa. Por otra parte, esta investigación indica que el kappa promedio entre dos instrumentos cualquiera es sólo de 0.25, distinguiendo que la concordancia diagnóstica fue más baja entre un método de cuestionario de auto-reporte y uno de entrevista, que entre dos métodos de entrevista. Otro estudio (Clark, Livesley & Morey, 1997) plantea que los resultados de investigaciones estadísticas de convergencia se reportan de modo muy variable, a través de correlaciones, valores de kappa o ambos; para cada trastorno de personalidad específico, para cualquiera, o ambos. Esto dificulta la comparación entre los instrumentos y el poder obtener conclusiones válidas al respecto. A pesar de ello, sus autores reportan que entre dos entrevistas estructuradas, los coeficientes kappa promedio oscilan entre 0.35 y 0.50; entre una entrevista estructurada y una entrevista clínica, entre 0.21 y 0.38; y entre un cuestionario y una entrevista, entre 0.08 y 0.42 (promedio 0.27).

Perry (1992) observó también que el kappa para la simple presencia/ausencia de cualquier trastorno de personalidad fue mucho mayor que para un trastorno específico, pero la falta de validez discriminativa entre trastornos es un problema considerable. Si pensamos en el Eje I, un instrumento que diagnostique presencia de psicopatología pero no distinga, por ejemplo, anorexia de abuso de sustancias o esquizofrenia, no se considera válido. En este sentido, el estudio de Skodol et al (1991, en Westen, 1997) mostró que sólo había asociaciones marginales entre los diagnósticos de SCID II e IPDE; también Torgensen (1990, en Westen, 1997) encontró bajas correlaciones entre los diagnósticos hechos por el MCMI y los de SCID II. En la siguiente tabla se presentan algunas correlaciones entre distintos instrumentos que evalúan TP, a partir de una revisión de investigaciones sobre validez de constructo llevada a cabo por Clark y otros (1997, p. 208).

TABLA N° 4 • Convergencia entre instrumentos que evalúan TP

Estudio	Medición 1	Medición 2	n	Coeficientes de Concordancia		
				r promedio	k promedio	Cualquier TP (k)
<b>Entrevistas</b>						
Pilkonis et al. (1991)	LEAD	PDE	40			0.28
		PAS	40			0.21
Skodol et al. (1991)	LEAD	PDE	34		0.25	
		SCID II	34		0.25	
O'Boyle & Self (1990)	PDE	SCID II	20			0.38



Skodol et al.(1991)	PDE	SCID II		100	
0.77	0.50				
Hylér et al. (1990)	PDE	SCID II	87	0.46	
Hylér et al. (1991)	PDE	SCID II	59	0.35	0.40

TABLA N° 4 • Convergencia entre instrumentos que evalúan TP

Estudio	Medición 1	Medición 2	n	Coeficientes de Concordancia		
				r promedio	k promedio	Cualquier TP (k)
<b>Entrevistas v/s cuestionarios</b>						
Morey et al. (1988)	Clínica	MMPI PD	107	0.19		
Hylér et al. (1989)	Clínica	PDQ	552	0.31	0.08	
Reich et al. (1987)	SIDP	PDQ	121	0.52	0.24	0.29
		MCM I	128	0.29	0.17	0.19
Jackson et al. (1991)	SIDP R	MCM I	82	0.26	0.18	
Trull & Larson (1994)	SIDP R	PDQ R	57	0.43		
		MMPI PD	57	0.40		
Clark (1993)	SIDP R	SNAP	89	0.54		
Zimmerman et al. (1994)	SIDP	PDQ	697		0.27	0.32
Hogg et al. (1990)	SIDP	MCM I	40		0.14	0.19
Hylér et al. (1990)	SCID II	PDQ R	87		0.42	
		PDE	87		0.38	
Hylér et al. (1992)	SCID II	PDQ R	59		0.35	0.47
		PDE	59		0.24	0.41
Renneberg et al. (1992)	SCID II	MCM II	54		0.27	0.20
Barber & Morse (1994)	SCID II	WISPI	64	0.46		
		PDE	52	0.39		
Hunt & Andrews (1992)	PDE	PDQ R	40	0.25		
Promedio				<b>0.39</b>	<b>0.27</b>	<b>0.29</b>
<b>Cuestionarios autoadministrados</b>						
Reich et al. (1987)	MCM I	PDQ	121	0.39		
Morey & Levine (1988)	MCM I	MMPI PD	76	0.68		
McCann (1991)	MCM II	MMPI PD	80	0.56		
Trull (1993)	PDQ R	MMPI PD	51	0.46		

**LEAD:** Evaluación longitudinal llevada a cabo por un experto, a partir de todos los datos disponibles; PDE: Evaluación de los TP; SCID II: Entrevista clínica estructurada para el Eje II de DSM IV; MMPI PD: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-Escalas de TP; PDQ y PDQ R: Cuestionario de diagnóstico de personalidad (revisado); SIDP y SIDP R: Entrevista estructurada para trastornos de personalidad del DSM (revisada); MCM I y II: Inventario clínico multiaxial de Millon; SNAP: Esquema para personalidad no-adaptativa y adaptativa; WISPI: Inventario de personalidad de Wisconsin.

Westen (1997) plantea que los problemas de validez de los métodos existentes para evaluar TP pueden ser producto de distintas causas. Aunque no es tema de este capítulo, podemos nombrar algunas posibilidades que el autor ofrece. Primero, propone que los instrumentos tendrían problemas porque el DSM IV (o el CIE 10) no categoriza coherentemente los trastornos y carece de validez de constructo, por lo cual los instrumentos mismos no podrían establecer un criterio de validez. Otra posibilidad es que simplemente careceríamos de un estándar de oro con el cual comparar los diagnósticos de los instrumentos, ya que el juicio clínico no es confiable con respecto al diagnóstico de los TP. Una tercera posibilidad sería que la baja confiabilidad test-retest de los instrumentos que usamos actualmente es lo que dificulta el acuerdo o correlación entre los instrumentos, ya que la asociación entre dos métodos poco confiables tiende a ser baja.

Finalmente, se podría pensar que los problemas pueden surgir, en parte, del hecho que estos instrumentos se asemejan muy poco a la manera en que los clínicos efectivamente infieren los TP. Los instrumentos actuales –ya sean cuestionarios, auto-reportes, o entrevistas semi-estructuradas– comparten una característica común: intentan diagnosticar mediante preguntas directas al paciente, derivadas de los criterios del Eje II. Sin embargo, la evidencia apunta a las limitaciones que impone este sistema, ya que, por una parte, los rasgos no son siempre fácilmente reconocibles y observables; además, se obvia una diferencia importante entre los procesos conscientes y los inconscientes (en cuanto a memoria, afectos, cogniciones, motivaciones, etc.), en tanto estos últimos, al transformar defensivamente la información que las personas entregan, sesgan considerablemente sus respuestas ante preguntas directas acerca de ellas mismas, su autoestima, sus conductas, sus percepciones, entre otras.

## **La Confiabilidad del diagnóstico del paciente versus terceras personas**

El diagnóstico en psiquiatría requiere tener información confiable de parte del paciente. Jaspers (1959) se refirió a este aspecto fundamental del quehacer clínico, planteando que la auto-observación de los pacientes es una de las más importantes fuentes de conocimiento en relación a la vida psíquica anormal. El autor recalca que es gracias a la atención que los pacientes prestan a su experiencia anormal, así como a la elaboración de sus observaciones en la forma de un juicio psicológico, que ellos pueden comunicarnos su vida interior. En el caso de los pacientes con trastornos de personalidad, existe baja capacidad de introspección (bajo *insight*). De allí que habitualmente los clínicos confirmen su diagnóstico de TP con la información de terceras personas.

Existen al menos cuatro estudios en los que se ha evaluado el grado de acuerdo del diagnóstico de TP entre pacientes y terceros (Zimmerman, 1994). El grado de acuerdo fue bajo en todos los casos ( $\kappa < 0.40$ ). Es interesante hacer notar que en tres de los cuatro estudios los terceros dan cuenta de una mayor frecuencia de trastornos de personalidad. La causa de esta discrepancia podría deberse al hecho de que los pacientes tengan bajo *insight*, o bien, que los terceros (habitualmente familiares cercanos) se encuentren muy influidos por la presencia de patología asociada al trastorno de personalidad en el paciente. El ideal es contar con ambas fuentes de información y explicitar los

criterios clínicos utilizados para decidir en caso de información contradictoria. Es posible que a futuro se pueda aclarar qué tipo de rasgos son informados de modo confiable por el paciente (por ejemplo, rasgos afectivos) y cuáles por terceros (conflictos en las relaciones interpersonales).

Un estudio reciente (Dreessen, Hildebrand & Arntz, 1998) confirma estos resultados. Examinó la concordancia entre 42 pacientes externos que asistían a psicoterapia y sus informantes (personas que tenían un vínculo íntimo con los pacientes) en los resultados del SCID II, encontrando niveles bajos de concordancia. Incluso, al comparar estos resultados con los obtenidos por los terapeutas, las entrevistas de los pacientes parecieron más válidas que las de los informantes. Sin embargo, en esta investigación se observó que los pacientes dieron cuenta de más rasgos asociados a TP que los informantes, lo que los autores explican planteando que los informantes serían más capaces de distinguir la personalidad habitual del paciente de episodios de trastornos del Eje I, quienes tienden a sesgarse por este último; además, proponen que los informantes obviarían información relevante del presente y pasado del paciente; finalmente, agregan que ellos sólo reportarían patologías tan severas y disfuncionales como para ser observadas por terceros.

## **La influencia de patologías psiquiátricas en el diagnóstico de TP**

Teóricamente, las razones por las cuales el grado de acuerdo diagnóstico disminuye en la prueba test-retest son varias (Zimmerman, 1994), entre ellas:

- el que los pacientes aprenden que al negar los rasgos o conductas la entrevista se acorta,
- la necesidad de los pacientes de presentarse en la segunda oportunidad de un modo más positivo,
- el aburrimiento del paciente al repetirse una misma entrevista,
- la falta de comprensión del paciente acerca del propósito de una nueva entrevista, y
- la influencia de patologías y/o síntomas presentes durante la primera entrevista y ausentes en la segunda, o viceversa (el efecto de la mejoría o agravamiento de una patología del Eje I sobre los rasgos de la personalidad).

Los autores que han estudiado este tema concluyen, en general, que una de las principales causas de variabilidad es la influencia de la patología. Zimmerman (1994) da cuenta de al menos cuatro investigaciones que, utilizando distintos instrumentos en pacientes con trastornos ansiosos y depresivos, encontraron un número de diagnósticos de TP significativamente más bajo después del tratamiento. Por su parte, Loranger y cols. (1991, en Zimmerman, 1994), estudiando TP en una muestra heterogénea de 84 pacientes con trastornos ansiosos, depresivos, de alimentación, de adaptación y abuso de sustancias, encontraron una buena concordancia test-retest ( $\kappa$  0.55). Es probable que el alto grado de acuerdo esté condicionado por el entrenamiento previo de los evaluadores, ya que el autor recomienda que éstos tengan experiencia clínica.

## Otros aspectos metodológicos

Al diseñar y evaluar un instrumento diagnóstico debe analizarse su aplicabilidad clínica en el sentido de tener requisitos razonables de entrenamiento de los entrevistadores así como un tiempo de entrevista no excesivamente extenso. Todo instrumento debiera contar con un manual de fácil comprensión, que especifique los criterios de puntuación así como las situaciones clínicas u otras que impiden obtener resultados confiables con éste. Por último, es importante considerar también el que los estudios de confiabilidad interobservador hayan incluidos sujetos que no participaron en el diseño del instrumento, ya que ello introduce un sesgo de sobreexposición y entrenamiento muy distinto de aquellos evaluadores que no han tenido esa experiencia y se enfrentan al instrumento por primera vez.

De la revisión de esta primera parte puede concluirse lo siguiente:

- La confiabilidad de entrevistas clínicas no estructuradas es baja.
- Las entrevistas estructuradas tienen mayor confiabilidad que los cuestionarios.
- La concordancia interobservador de entrevistas estructuradas es buena.
- La concordancia test-retest disminuye en la medida que transcurre más tiempo entre las entrevistas y mejoran los síntomas del paciente.
- Existen variaciones en los estudios de confiabilidad para los distintos TP (buena concordancia para el TP antisocial, pero baja para los otros TP).
- Existe discrepancia entre pacientes y terceros respecto del diagnóstico de TP. No es claro cual de las dos fuentes es más confiable y la información contradictoria debe resolverse con el juicio clínico.
- La concordancia diagnóstica entre distintos instrumentos es baja.
- Tanto los cuestionarios como las entrevistas tienen sesgos derivados de los síntomas agudos (comorbilidad asociada) que presente el paciente.

## Principales instrumentos diagnósticos utilizados en la evaluación e investigación de los trastornos de personalidad

---

De acuerdo al sistema de clasificación en que se basan, o a las dimensiones que evalúan, agrupamos los instrumentos en las siguientes categorías: instrumentos que diagnostican TP de acuerdo al DSM IV y CIE 10, cuestionarios que evalúan estilos de personalidad, y métodos que evalúan estructura de personalidad.

## **Instrumentos que diagnostican trastornos de personalidad de acuerdo al DSM IV y CIE 10**

En este grupo, se disponen de instrumentos que evalúan todos los TP propuestos por los sistemas diagnósticos DSM IV y el CIE 10, y otros más específicos, que pretenden determinar la presencia de un trastorno en particular. Estos sistemas de clasificación son descriptivos y ateóricos. A continuación, destacamos las principales entrevistas y cuestionarios utilizadas hoy en día:

**IPDE.** (Evaluación internacional de los trastornos de personalidad). Es una entrevista clínica semi-estructurada, que proviene de la Evaluación de los trastornos de personalidad (PDE), que fue modificada para su uso internacional y su compatibilidad con los sistemas de clasificación CIE y DSM. Investiga la conducta y experiencias de vida relevantes para los más de 150 criterios utilizados en la construcción de los diagnósticos de TP, de acuerdo a los sistemas anteriormente nombrados. Aunque contiene un set específico de preguntas cuidadosamente seleccionadas e investigadas, se espera que el examinador sea capaz de conducir un examen clínico adecuado del sujeto, para obtener ejemplos, anécdotas y detalles clarificadores y confirmatorios, por lo cual se requiere experiencia clínica y entrenamiento específico. Los clínicos manifiestan su crítica ante la duración del instrumento (aplicación promedio de dos horas y media), pero surge como una consecuencia necesaria cuando se desea inquirir sistemáticamente todos los criterios del CIE y DSM (Loranger, Sartorius, Andreoli, Berger, Buchheim, Channabasavanna, Coid, Dahl, Diekstra, Ferguson, Jacobsberg, Mombour, Pull, Ono & Regier, 1994).

En el manual se define el alcance y significado de cada criterio, y se dan indicaciones y puntos de corte para puntuar las respuestas (Loranger, 1995). Se requiere que una conducta o un rasgo haya estado presente los últimos 5 años antes de que deba considerarse una manifestación de la personalidad; esto pretende reflejar la naturaleza relativamente duradera de los rasgos de personalidad y evitar confundirlos con fenómenos pasajeros o situacionales, y anormalidades episódicas del estado mental y la conducta. También se requiere que al menos un criterio del trastorno se haya cumplido antes de los 25 años, para poder diagnosticarlo.

Cada ítem se puntúa como sigue: ausencia o en el rango normal, 0: presente en un grado acentuado, 1: patológico/cumple criterio. La integración algorítmica final puede hacerse computacionalmente. Para cada trastorno, se incluye la siguiente información: presencia o ausencia de cada criterio, si la puntuación del criterio se basó sólo en la entrevista o incluyó datos aportados por un informante clave, el número de criterios cumplidos, y la decisión diagnóstica acerca de cada trastorno (definitivo, probable, o negativo). También entrega un puntaje dimensional para cada trastorno, independientemente de que al sujeto se le haya diagnosticado o no el trastorno, o que haya cumplido los criterios. Esto se calcula sumando los puntajes individuales de todos los criterios del trastorno.

Contiene también un cuestionario autoadministrado que permite escanear los TP que presenta el paciente a través de 77 ítems de DSM IV o 59 de CIE 10, a los cuales se debe responder verdadero o falso, lo que toma en general unos quince minutos. Se corrige

rápidamente y permite identificar a los pacientes cuyos puntajes sugieren la presencia de un trastorno de personalidad, tras lo cual el clínico puede aplicar el IPDE. Además, esto permite realizar una versión abreviada de la entrevista, aplicando sólo las preguntas correspondientes a los trastornos de la personalidad sugeridos por el cuestionario.

Loranger y su grupo (1994) evaluaron la confiabilidad entre evaluador-observador y la estabilidad temporal de los diagnósticos (desde la evaluación inicial a la final, intervalo test-retest promedio de seis meses). Para la confiabilidad, el coeficiente kappa promedio para los trastornos de la personalidad individuales (diagnóstico definitivo) fue de 0.70 según diagnósticos de DSM III-R y 0.72 de acuerdo a CIE 10; para diagnósticos definitivos o probables, el kappa alcanzó un 0.73 y 0.77 respectivamente. El coeficiente kappa promedio de todos los TP (definitivos) juntos fue 0.57 según DSM III y 0.65 de acuerdo a CIE 10; para diagnósticos definitivos o probables, el kappa llegó a 0.65 y 0.72, respectivamente. La estabilidad temporal de los diagnósticos, según el DSM III-R, osciló entre un kappa de 0.67 y 0.89; de acuerdo a CIE 10, el kappa estuvo entre un 0.62 y 1.0.

El IPDE ha probado ser aceptable para los clínicos, y ha demostrado una confiabilidad entre evaluadores y una estabilidad temporal similar a la de instrumentos utilizados para diagnosticar psicosis, trastornos del ánimo, de ansiedad y de uso de sustancias (Loranger y cols., 1994).

Nuestra experiencia preliminar al aplicar este instrumento en 12 pacientes con dependencia de alcohol (Valdivieso, agosto 1996) mostró que era fácil de aprender, con un buen nivel de acuerdo tanto con la impresión clínica como interobservador, y con criterios claros para la puntuación. Sin embargo, tiene inconvenientes tales como la larga duración de la entrevista y la formulación extensa de algunas preguntas. Un problema adicional es la falta de información respecto de variables tan importantes como grado de *insight* lo que tiene consecuencias para la decisión terapéutica (el grado de *insight* no forma parte de los criterios diagnósticos del DSM ni del CIE).

En otro estudio que realizamos con este instrumento, que compara los resultados del IPDE y los del Test de Rorschach en una muestra de 32 pacientes (Echávarri, Zajer, Mascareño & Copaja, en prensa), concluimos, entre otros, la importancia de tener en cuenta que la mayor parte de la puntuación del IPDE se basa en el reporte del paciente y, por lo tanto, depende de su voluntad para entregar la información a conciencia, de su capacidad para dar ejemplos sobre su conducta, y de su capacidad de *insight* acerca de sus rasgos de carácter. Dado que los rasgos de carácter son generalmente egosintónicos y el paciente no los refiere como algo peyorativo o motivo de preocupación, algunos trastornos pueden verse subdiagnosticados, mientras que la inclusión de criterio clínico –lo que está permitido, de acuerdo al manual, sólo en escasas preguntas– lograría un diagnóstico más certero. Esto daría cuenta de la importancia de incluir dicho criterio en la puntuación y en los resultados, para que éstos reflejen efectivamente el trastorno del paciente y aumente la validez del test.

**SCID II. Versión 2.0.** (Entrevista clínica estructurada para el Eje II de DSM IV). Es una entrevista semi-estructurada que cubre los TP del DSM IV. Al igual que en el caso del IPDE, para conducir la entrevista se requiere de experiencia clínica y entrenamiento. El

evaluador puede formular más preguntas, a partir de las ya estructuradas, y discutir la evidencia con el paciente (por ejemplo, para chequear si los rasgos han sido consistentes a través del tiempo y de las situaciones, y si han causado problemas significativos). En consecuencia, la cantidad y calidad de la información elicitada depende del evaluador, y también del tiempo.

Además hay un cuestionario autoadministrado (SCID SQ), que permite escanear los TP que presenta el paciente. En un estudio que comparó la entrevista y el cuestionario con respecto a su habilidad para diagnosticar los TP del DSM III-R, la correlación entre el número de criterios cumplidos fue de 0.84. De acuerdo a la entrevista, un 54% de la muestra presentaba un trastorno de personalidad, mientras que según el cuestionario, esto aumentaba a un 73%. Sin embargo, al ajustar los niveles de corte para los diagnósticos, la frecuencia promedio encontrada fue muy similar, 58% para la entrevista y 58% para el cuestionario. El coeficiente kappa promedio para el acuerdo entre ambos instrumentos, con el ajuste en los niveles de corte, fue de 0.78 (Ekselius, Lindstrom, von Knorring, Bodlund & Kullgren, 1994).

La confiabilidad test-retest del SCID II en un intervalo corto de tiempo entre evaluadores independientes observada por Dreessen y Arntz (1998) es satisfactoria, pues los valores indican un acuerdo que va desde el rango aceptable, al bueno y excelente, para todos los trastornos excepto el histriónico (kappa desde 0.49 a 0.86). Esto apoyaría su uso como un instrumento diagnóstico con propósitos clínicos e investigativos.

Otra investigación evaluó la confiabilidad entre evaluadores y la consistencia interna de SCID II versión 2.0 en una muestra de 231 pacientes internos y externos (Maffei, Fossati, Agostini, Barraco, Bagnato, Deborah, Namia, Novella & Petrachi, 1997). La confiabilidad entre evaluadores observada osciló entre  $k= 0.48$  y  $k= 0.98$  para los diagnósticos categoriales, y entre  $ICC= 0.90$  e  $ICC= 0.98$  para criterios dimensionales. Los coeficientes de consistencia interna también fueron satisfactorios (0.71-0.94).

**MCMII III.** (Inventario clínico multiaxial de Millon). Este instrumento se compone de 175 ítemes, número lo suficientemente reducido como para ser usado en todo tipo de encuadre diagnóstico y de tratamiento (bastante más corto que otras evaluaciones), pero que al mismo tiempo, alcanza a abarcar un amplio rango de aspectos multiaxiales relevantes clínicamente. Es un test de autoadministración, que en general se completa en 30 minutos, lo que facilita su rápida administración y reduce la resistencia y fatiga del paciente. Consiste de un total de 24 escalas: 14 escalas de patrones clínicos de personalidad (Eje II), 3 escalas de patologías severas de personalidad (Eje II), 7 escalas de síndromes clínicos (Eje I), 3 escalas de síndromes clínicos severos (Eje I), 3 índices de modificación y 1 escala de validez. Las escalas de personalidad dan cuenta de los TP del DSM IV, agrupados en dos niveles de severidad, y los índices de modificación –revelación, deseabilidad y degradación– evalúan tendencias de respuesta que están relacionadas con patrones de personalidad particulares o con condiciones del Eje I. Su corrección puede hacerse computacionalmente, mediante un programa diseñado para esto. Los reportes interpretativos se pueden realizar en dos niveles: un reporte de perfil, que da cuenta de los puntajes y perfil del paciente, útil como un escaneo para identificar pacientes que

pueden requerir una evaluación más intensiva o atención profesional; y un reporte narrativo, que integra aspectos de la personalidad y rasgos sintomáticos del paciente, y se organiza de modo similar a un informe psicológico clínico.

En su desarrollo, la selección de ítemes y la creación de escalas se basaron en un proceso de validación de tres etapas (Millon, febrero 2002): validez teórica-sustantiva, validez interna-estructural y validez externa-de criterio. La primera etapa consistió en generar criterios para cada síndrome, que dieran cuenta tanto de la teoría de personalidad de Millon como de los criterios del DSM. El segundo paso incluyó analizar la consistencia interna de estos ítemes; los que tuvieron una alta correlación con escalas para las cuales no se pretendía esto, fueron desechados por completo o reexaminados a la luz de criterios teóricos y reasignados o rehechos. Sólo los ítemes que sobrevivieron cada etapa de validación continuaron siendo considerados y analizados. El tercer paso, de validación externa-de criterio, los ítemes se examinaron en términos de su habilidad para discriminar entre grupos clínicos, más que entre grupos clínicos y sujetos normales. Este modelo tripartito de construcción del test pretendió sintetizar las fortalezas de cada etapa, rechazando aquellos ítemes que se consideraron deficientes en algún aspecto en particular, lo que se tradujo en asegurar que las escalas finales no estarían compuestas por criterios que sólo satisfacían un parámetro de construcción de test, sino que conjuntamente satisfacen múltiples requerimientos, aumentando así la posibilidad de generalizar el producto final.

El MCMI utiliza datos actuariales, a diferencia de otros inventarios que transforman los resultados a puntajes T normalizados, los que implícitamente asumen que las tasas de prevalencia de los distintos trastornos son iguales, es decir, que hay igual número de histriónicos que esquizotípicos, por ejemplo. De este modo, busca diagnosticar los porcentajes de pacientes que verdaderamente han sido evaluados con un trastorno; este dato no sólo sienta las bases para seleccionar líneas de corte diagnóstico diferenciales y óptimas, sino que también asegura que la frecuencia de los diagnósticos y patrones de perfiles que genera el test podrá ser comparada con tasas representativas de prevalencia clínica.

Un estudio que evalúa la validez convergente entre MCMI y TCI (Inventario de temperamento y carácter de Cloninger) en una población de 103 pacientes externos (Bayon, Hill, Svrakic, Przybeck & Cloninger, 1996) coincide con los resultados encontrados por Svrakic (1993, en Bayon et. al, 1996), quien indagó lo mismo en una muestra de pacientes internos, en tanto ambos dan cuenta de una alta validez convergente entre los dos instrumentos. Asimismo, un estudio realizado por Grossman y Craig (1995) encontró una correlación significativa entre las escalas de validez del MCMI y del 16PF (16 factores de personalidad de Cattell).

Miller, Streiner y Parkinson (1992), por su parte, compararon MCMI con MMPI (Inventario multifásico de personalidad de Minesota) y SIDP (Entrevista estructurada para trastorno de personalidad) en su habilidad para diagnosticar. Observaron que cada técnica era razonablemente precisa para excluir diagnósticos, pero eran muy variables al momento de identificar a los miembros de categorías diagnósticas específicas. Este mismo patrón general se vio en cuanto a los tres Clusters diagnósticos generales; los tests lograban



excluir la pertenencia a un *Cluster* de manera bastante efectiva, pero al momento de identificar la pertenencia a un *Cluster*, se vio un bajo acuerdo entre los instrumentos. Sin embargo, el MCMI fue medianamente preciso al identificar pertenencia a los tres *Clusters*. Los autores sugieren usar estos métodos de evaluación con cautela en encuadres clínicos y plantean la necesidad de obtener datos adicionales acerca de su desempeño. Mientras que Jackson, Gazis, Rudd y Edwards (1991) evaluaron la concordancia entre MCMI y SIDP, y encontraron que, con excepción del trastorno límite, era muy baja en todas las escalas; esto los llevó a cuestionar cuán adecuado es utilizar el MCMI como un índice de presencia de TP del DSM.

Finalmente, Rogers, Salekin y Sewell (1999) introducen el tema de las evaluaciones forenses, en las cuales los psicólogos y otros profesionales de salud mental deben ser capaces de ofrecer diagnósticos válidos, incluyendo los trastornos del Eje II. Plantean que la más amplia medición de TP disponible sería el MCMI III, y se preguntan si éste cumple con los criterios de Daubert (caso estadounidense, que llegó a la corte suprema, muy relevante para la práctica forense, ya que sentó los límites de la evidencia científica admisible, en cuanto a su veracidad y exactitud, que sería evaluada mediante evidencias de confiabilidad). Los problemas de validez científica y tasas de error que se han encontrado en otros estudios lo convertirían, aparentemente, en un instrumento inadmisibles de acuerdo a estos criterios, pero estos autores, mediante un meta-análisis de 33 estudios, abordaron la validez de constructo, convergente y discriminativa del MCMI. Concluyen que, de acuerdo a las normas de Daubert, el MCMI debe ser usado de manera circunscrita, con evidencia favorable de validez de constructo para los TP evitativo, esquizotípico y límite.

Aunque los dos instrumentos que describiremos a continuación han sido menos investigados que los expuestos previamente, o bien, poco estudiados por investigadores diferentes a sus propios autores, nos parece interesante dar cuenta de nuevos métodos que se comienzan a utilizar y a validar en la actualidad en el área de los trastornos de la personalidad.

**CATI.** (Inventario de Eje II de Coolidge). Esta prueba es parte de la batería de evaluación de Coolidge (CAB), que fue diseñada para evaluar los síndromes clínicos del Eje I, los criterios del Eje II y el funcionamiento neuropsicológico. Contiene 225 ítemes, que se contestan en un rango de 1 a 4 (desde totalmente falso hasta totalmente verdadero), y puede ser completado en 40 minutos aproximadamente. Todos ellos fueron creados directamente a partir de los criterios del Eje I y Eje II del DSM. Ofrece una evaluación comprensiva de 51 escalas, organizadas en 9 áreas (Eje I, neuropsicológica, cambio de personalidad debido a enfermedad médica, hostilidad, no-normativa, Eje II, funciones ejecutivas, validez y otra); la escala da cuenta de 13 trastornos. Tiene dos formas de aplicación: autorreporte (forma S) y reporte completado por otro evaluador (forma R), que puede ser un compañero, esposo, padre, o un evaluador experto. Éste puede ser utilizado como complemento al autorreporte o como una alternativa. Sus resultados pueden expresarse en un reporte breve, que arroja perfiles de puntajes de las escalas, y en un reporte narrativo, que incluye el anterior más una interpretación de las escalas, posibles aspectos terapéuticos y posibilidades de diagnóstico. Su corrección puede ser hecha computacionalmente, a través de un programa especialmente diseñado para ello.

Coolidge y Merwin (1992) evaluaron este nuevo inventario, y encontraron que las 13 sub-escalas de TP tenían una confiabilidad test-retest de 0.90 con intervalo de una semana y una consistencia interna promedio (alfa de Cronbach) de 0.76. Se observó una tasa de concordancia de 50% con diagnósticos realizados por clínicos para 24 pacientes con TP. La validez concurrente promedio entre CATI y MCMI para las 13 sub-escalas de TP fue de 0.58.

El autor presenta otros estudios de confiabilidad y validez (Coolidge, 2001), que han encontrado propiedades psicométricas adecuadas: confiabilidad test-retest con un intervalo de una semana, consistencia interna, validez concurrente, convergente y discriminativa, con buenos resultados. Las normas del test se basan en una muestra de más de 900 individuos, entre 16 y 78 años. Sin embargo, como ya mencionamos, para poder establecer la validez y confiabilidad de este inventario se requieren más estudios, idealmente guiados por investigadores ajenos a la creación de la prueba, de manera de poder evaluarla libre de sesgos a favor o en contra.

**SWAP-200.** (Procedimiento de evaluación de Shedler y Westen). Es una implementación del método *Q-sort* de evaluación de personalidad. En este contexto, el *Q-sort* consiste en una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de la personalidad y del funcionamiento psicológico; el clínico o entrevistador las ordena de acuerdo al grado en que describen al paciente, desde las que no se aplican, o son menos descriptivas de su funcionamiento, a las que mejor lo describen. Se basa, por ende, en los juicios del examinador y no en el auto-reporte del paciente. Los ítems del SWAP-200 difieren de los criterios del Eje II en dos aspectos: incorpora operacionalmente algunos constructos psicológicos que el Eje II excluye por la preocupación de no poder medirlos confiablemente; además, expande considerablemente el rango de ítems, para incluir aspectos del funcionamiento del paciente que potencialmente tienen importancia clínica, tales como motivos, conflictos entre motivos, estrategias de regulación de afectos, patologías de la personalidad no tan severas como para ser consideradas en los criterios de los diagnósticos del Eje II, y áreas saludables y funcionamiento adaptativo. El procedimiento permite llegar a un diagnóstico tanto categorial como dimensional; la descripción de cada paciente se asemeja a los perfiles del MMPI, y se basa en el grado de acuerdo entre el perfil del paciente y un cierto grupo de criterios, de acuerdo a la observación clínica (Westen & Shedler, 1999).

Estudios realizados por los autores del instrumento señalan una alta confiabilidad (alfa  $\geq$  0.90) tanto de los prototipos diagnósticos como de las descripciones que los componen. También concluyen que tanto la validez convergente como la discriminativa es alta (alfa  $c=0.83$ ). Para poder contrastar estos resultados, se requieren más estudios que continúen evaluando su confiabilidad y validez, para contar con bases sólidas que permitan utilizar este nuevo instrumento tanto en contextos clínicos como de investigación.

Finalmente, los últimos tres instrumentos que componen este grupo son aquéllos que evalúan algún trastorno de personalidad específico, de acuerdo a los sistemas DSM IV y CIE 10. Destacamos a continuación los más utilizados, a saber, las entrevistas que miden los trastornos narcisista, límite y antisocial de la personalidad.

**Entrevista diagnóstica para pacientes narcisistas.** Es una entrevista semi-estructurada, que evalúa 33 aspectos del narcisismo patológico, abarcando 5 áreas de funcionamiento: grandiosidad, relaciones interpersonales, reactividad, afectos y estados de ánimo, y adaptación social y moral. Gunderson, Ronningstam y Bodkin (1990) demostraron su utilidad mediante estudios que avalan su confiabilidad y mediante un sistema de puntuación que desarrollaron a partir de una muestra de 24 pacientes narcisistas prototípicos, que fueron comparados con otros 58, con el propósito de obtener puntuaciones y puntos de corte fidedignos para diagnosticar el trastorno. Los autores afirman que este instrumento ofrece un método válido y confiable para realizar investigación en torno al trastorno de personalidad narcisista.

Este instrumento fue usado en un estudio prospectivo, de seguimiento de pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad narcisista (Ronningstam y Gunderson, 1996), para observar el cambio en el trastorno a través del tiempo, aplicando la entrevista en un momento de base, y tres años más tarde en el seguimiento, tras lo cual se compararon ambos puntajes. Se observó una disminución significativa en el nivel general de narcisismo, particularmente en las áreas de relaciones interpersonales, patrones de reactividad, y grandiosidad. Seis de los nueve criterios del DSM IV mostraron cambio. Estos resultados sorprenden ya que, teóricamente, se espera que los TP sean estables. Esto lleva a los autores a cuestionarse acerca de la validez de constructo de los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad narcisista del DSM IV, y a plantear la necesidad de investigar con un instrumento que identifique y diferencie a los narcisistas abiertos y fácilmente reconocibles de los narcisistas encubiertos, para así poder redefinir la categoría diagnóstica del trastorno de personalidad narcisista. Y, asimismo, modificar la entrevista para que se ajuste a una definición válida y confiable del trastorno, y de este modo, sus resultados también lo sean.

**Entrevista diagnóstica para pacientes limítrofes.** Este instrumento fue diseñado para lograr confiabilidad diagnóstica para los pacientes limítrofes. Se enfoca en evaluaciones diagnósticas específicas, e incorpora la información histórica provista por el paciente, ya que el diagnóstico límite representa patrones conductuales mantenidos, o una estructura de carácter, y no una reacción sintomática (Gunderson, Kolb & Austin, 1981).

La entrevista se subdivide en 5 áreas de funcionamiento, consideradas como las más características y discriminativas de los pacientes limítrofes. Éstas son: adaptación social, patrones de impulsividad, afectos, psicosis (experiencias psicóticas circunscritas; si aparecen otras graves y/o duraderas, suman puntos en contra para el diagnóstico de límite) y relaciones interpersonales. Cada sección se compone de una serie de aseveraciones que son puntuadas por el examinador, cada una de las cuales describe una característica del paciente límite. La puntuación de cada afirmación se basa en la información obtenida mediante las preguntas estructuradas, las observaciones de conductas durante la entrevista, o en las tablas que deben llenarse con presencia y frecuencia de ciertas conductas. Estas unidades de información se sintetizan en una impresión clínica y un puntaje que refleja la presencia o ausencia de la característica. Los puntajes de las afirmaciones se suman por sección, y se convierten a una escala total de sección (de 0 a 2). El puntaje diagnóstico total varía entonces de 0 a 10, y se recomienda un puntaje 7 como punto de corte para diagnosticar el trastorno de personalidad límite.

Durante la administración, se deben hacer preguntas específicas acerca de síntomas, conductas, actitudes o historia, y puntuar cada una; se espera que el evaluador pregunte más allá de lo estructurado siempre que un puntaje esté dudoso, para evitar interpretar las respuestas del paciente, pero sin sugerir ideas. La entrevista toma entre 50 y 90 minutos, lo que generalmente es comprendido y aceptado por los pacientes, pues lo consideran relevante dado sus problemas (Gunderson y cols., 1981).

En la investigación llevada a cabo por Gunderson y otros (1981), se observó una confiabilidad entre evaluador y observador aceptable ( $ICC = 0.77$ ) y el acuerdo diagnóstico (límitrofe v/s no límitrofe) se dio en el 85,7% de los casos, obteniéndose un porcentaje similar para ítemes específicos y para el resultado general. Adicionalmente, Kernberg, Goldstein y Carr (en Gunderson et al., 1981) demostraron que los pacientes diagnosticados con un trastorno de personalidad límitrofe, de acuerdo a esta entrevista, tienen características muy similares a aquéllos que ellos diagnostican con una organización o estructura límitrofe de personalidad.

Otro estudio (Nelson, Tennen, Tasman, Borton, Kubeck & Stone, 1985) comparó la Entrevista diagnóstica para pacientes límitrofes con una serie de criterios diagnósticos del DSM III para trastorno de personalidad límitrofe y con la lista de criterios de Spitzer y otros (Checklist criteria, 1979, en Nelson y cols., 1985). Se encontró una concordancia moderada entre las tres evaluaciones. Sólo el 43% de los pacientes que recibió el diagnóstico de límitrofe mediante cualquiera de los métodos fue diagnosticado como tal por los tres al unísono; el 25% fue diagnosticado como trastorno de personalidad límitrofe sólo por dos de ellos, y el 32% sólo por uno.

Angus y Marzali (1988) plantean que esta entrevista había sido, a la fecha de su investigación, el instrumento más utilizado en el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe. Se compararon los resultados de la entrevista con otros dos instrumentos: PDQ (Cuestionario diagnóstico de trastorno de personalidad) y PDE (Evaluación de trastornos de personalidad). Se observó el grado de concordancia entre ellos al identificar un trastorno de personalidad límitrofe, y al evaluar el tipo y frecuencia de sobreposición entre este trastorno y otros desórdenes de personalidad.

La concordancia encontrada en el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe fue baja ( $kappa = 0,05$ ) y se observó una considerable sobreposición entre el diagnóstico de límitrofe y otros del Eje II (en promedio, dos). Los autores plantean que esto se puede deber, en parte, a las diferencias entre criterios de evaluación y formatos de administración, y en parte también a problemas en los criterios diagnósticos del Eje II.

Finalmente, otro estudio llevado a cabo por Hurt, Hyler, Frances, Clarkin y Brent (1984) comparó este instrumento con una entrevista clínica centrada en los criterios diagnósticos del trastorno límitrofe, de acuerdo al DSM III, y con el PDQ (Cuestionario diagnóstico de trastorno de personalidad). La confiabilidad test-retest para el diagnóstico de TP límitrofe de la entrevista diagnóstica para pacientes límitrofes fue la más alta ( $k = 0.89$ ), la de PDQ mediana ( $k = 0.63$ ) y la entrevista clínica obtuvo un puntaje algo más bajo ( $k = 0.54$ ).

**Lista de criterios psicopáticos-revisada.** Esta evaluación consta de 20 ítems que describen distintos aspectos del trastorno de personalidad antisocial. Tiene una estructura de dos factores; el factor 1 refleja los síntomas interpersonales y afectivos, y se le conoce como “ el uso insensible y sin remordimientos de los otros” y “ desestima personal” . El factor 2 da cuenta de la conducta socialmente desviada, y se le ha rotulado como “ un estilo de vida crónicamente inestable y antisocial” y “ problemas conductuales” (Hare, 1993, p. 4). Los factores se correlacionan en  $r = 0.50$ , aunque tienen correlaciones externas distintas (Hare y cols.,1990,1991,1992,1993). La PCL R tiene excelentes propiedades psicométricas: su consistencia interna, confiabilidad entre evaluadores y confiabilidad test-retest están en el rango de 0.85 a 0.95; y cuando se promedian dos sets independientes de puntuaciones del test, su confiabilidad es aún mayor (Hare, 1993).

De acuerdo a Hare, Clark, Grann y Thornton (2000), este instrumento les ofrece a clínicos e investigadores una medida útil y probada para la evaluación de psicopatía. Sus resultados han demostrado ser replicables y significativos, relevantes en los temas de reincidencia y violencia, entre otros. La mayoría de la investigación ha sido llevada a cabo en muestras de ofensores de la ley y pacientes psiquiátricos forenses norteamericanos. Por ello, los autores comparan sus resultados con aquéllos de otros países, como Inglaterra y Suecia, concluyendo que la habilidad del PCL R para predecir reincidencia, violencia y resultado de tratamiento, es generalizable a través de las culturas, y que el instrumento y los tests, que han derivado de él, cumplen un rol mayor en la comprensión y predicción del crimen y la violencia.

De acuerdo a Hare (1993) la PCL R debe ser usada sólo en poblaciones forenses masculinas adultas (ofensores de la ley y pacientes forenses psiquiátricos), en las cuales ha sido acabadamente validada. La validación de las escalas para mujeres y jóvenes está en progreso, y también está siendo desarrollada una versión que pueda ser utilizada tanto en poblaciones civiles como forenses (PCL SV, versión de escaneo de la lista de criterios psicopáticos).

De acuerdo a Grann, Langstrom, Tengstrom y Stalenheim (1998), por consenso se reconoce a este instrumento como el más válido y útil para evaluar psicopatía (Fulero,1995; Stone,1995, en Grann y cols.,1998). Este grupo comparó puntajes de PCL R de 40 hombre adultos ofensores criminales en evaluación forense. Los tests fueron puntuados basándose en las fichas de estas personas, de manera retrospectiva; independientemente, también fueron puntuados a partir de evaluaciones clínicas. Las puntuaciones basadas en las fichas, en comparación con las puntuaciones clínicas, arrojaron diagnósticos categóricos de psicopatía, con una sensibilidad de 0.57 y una especificidad de 0.96. La ICC estimada de los puntajes totales fue 0.88, y fue marcadamente mejor en el Factor 2 (ICC = 0.89) que en el Factor 1 (ICC = 0.69). Estos resultados apoyan la creencia en que, para propósitos investigativos, las puntuaciones de PCL R basadas sólo en fichas clínicas, pueden ser hechas con una buena confiabilidad de forma alternada (*alternate-form reliability*).

Se plantea que la mayoría de la evidencia que apoya la validez de esta prueba se basa en muestras caucásicas. Una investigación (Cooke, Kosson & Michie,2001) compara, entonces, una muestra compuesta por la mitad de participantes caucásicos y la otra mitad afroamericanos, se utilizaron las pruebas estadísticas CFA e IRT. No se encontró ninguna

diferencia en la estructura de la psicopatía, por lo que se concluye que ésta es la misma en los dos grupos. Aunque se observaron diferencias significativas pero pequeñas en el desempeño ante 5 de los 20 ítemes, no se halló un funcionamiento global ante el test sustancialmente diferente, lo que indica que las diferencias entre los ítemes se cancelaron entre sí. Se concluye, por lo tanto, que el PCL R puede ser usado con participantes afroamericanos, pues no está sesgado por el origen ni raza de la muestra.

## **Cuestionarios que evalúan estilos de personalidad**

Aquí se incluyen los principales cuestionarios que permiten evaluar estilos o tipos de personalidad, los cuales, a diferencia de la clasificación DSM y CIE, se basan en una conceptualización teórica acerca de la personalidad normal y patológica. De acuerdo a Millon (febrero 2002), los instrumentos diagnósticos son más útiles cuando se ligan sistemáticamente a una teoría clínica comprensiva. Desafortunadamente, las técnicas de evaluación y las teorías acerca de la personalidad se han desarrollado de manera casi totalmente independiente. Como resultado, muy pocas mediciones diagnósticas se basan o han evolucionado desde la teoría clínica.

**16PF** (16 factores de personalidad de Cattell). Es un cuestionario estructurado, comúnmente utilizado para la medición y comprensión de la personalidad. Se basa en la teoría jerárquica de rasgos de personalidad propuesta por Cattell, quien redujo 4504 rasgos de personalidad (encontrados en el lenguaje inglés) a 171 términos que abarcaban todo lo cubierto por la lista original. Mediante diversos procesos de análisis factorial, obtuvo 16 rasgos o factores básicos, sistematizados como escalas, que miden las dimensiones más fundamentales de la personalidad del adulto e intentan comprender sus características. Además hay cinco factores de segundo orden, que surgen de la combinación de algunos de los factores primarios, y una escala de distorsión motivacional, que indica si el sujeto se está mostrando mejor o peor de lo que es. Existen cinco formas del 16PF (A, B, C, D y E); todas miden los mismos factores y dan cuenta de la misma información, y lo que varía entre ellas es el tiempo requerido para administrar la prueba y el nivel de lectura del evaluado. La forma C (la más usada en Chile) consta de 105 ítemes, que el evaluado responde escogiendo entre tres alternativas. Puede corregirse computacionalmente, y permite construir perfiles gráficos a partir de los resultados, lo que facilita su comparación. Existen normas separadas para hombre y mujeres y normas combinadas, para cada uno de los siguientes grupos estadounidenses: adultos, estudiantes universitarios, y estudiantes de cuarto año de escuela superior. Además provee de valores específicos para la corrección de edad en las escalas que puedan verse significativamente afectadas por esta variable. La prueba ha sido traducida a más de cuarenta idiomas y existen adaptaciones de la misma para cinco culturas diferentes de habla anglosajona, con el propósito de facilitar y fomentar estudios transculturales.

De acuerdo a las investigaciones sistematizadas por Núñez y Alemán (2002), tanto la validez de constructo –que indica que la estructura factorial básica de la prueba está correcta, es decir, que sus dimensiones efectivamente miden los rasgos de personalidad que pretenden medir– como la validez de criterio –que demuestra que la prueba se

correlaciona con medidas externas– han sido ampliamente demostradas, aunque no dan cuenta de los valores que apoyan estas conclusiones. En cuanto a su confiabilidad, a través del método de test-retest, se encontró que para un intervalo corto de tiempo (menor a dos semanas) el promedio para las formas A y B era de 0.80, y para un intervalo largo (desde varias semanas hasta varios años), 0.78. En particular, la forma A obtuvo una confiabilidad de 0.80 en intervalo corto y de 0.52 en el largo.

Por otra parte, un estudio realizado por Grossman y Craig (1995) encontró una correlación significativa entre las escalas de validez del MCMI y del 16PF (16 factores de personalidad de Cattell).

**MMPI.** (Inventario multifásico de personalidad de Minesota). Test orientado a determinar características de la personalidad. Permite ver patologías psiquiátricas gruesas, egodistónicas (que al sujeto le sean tan extrañas y molestas como para reportarlas) y tener una visión general del funcionamiento psíquico de las personas. Posee 10 escalas clínicas y 4 escalas de validez, las cuales incluyen: si el sujeto entendió la pregunta, si estaba dispuesto a colaborar, si había intención de manipulación, y su actitud defensiva hacia la prueba. Es de elección de alternativas (verdadero y falso) y puede corregirse computacionalmente. Está estandarizado para Chile, y aunque tradicionalmente se le adjudicó una buena validez predictiva (diez años para adultos y dos para adolescentes), actualmente se encuentra desprestigiado en este sentido, ya que algunas investigaciones –una de ellas, llevada a cabo por docentes de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile– plantean que está limitada a un período de seis meses. Entre las desventajas que se mencionan, destacan su sesgo psicopatológico, su larga duración y la facilidad de falseamiento de la prueba.

El estudio de Miller y otros (1992) que ya mencionamos, en que se comparó al MMPI con MCMI y SIDP en su habilidad para diagnosticar los trastornos de la personalidad, se observó que los tres instrumentos eran razonablemente precisos para descartar diagnósticos y excluir Clusters, pero eran muy variables al momento de identificar a los miembros de categorías diagnósticas específicas y la pertenencia a un determinado Cluster. De este modo, los autores sugieren utilizarlos con cautela en encuadres clínicos y plantean la necesidad de obtener datos adicionales acerca de su validez y confiabilidad.

**CPI.** (Inventario de personalidad de California). Este cuestionario busca predecir lo que las personas dirán y harán en contextos específicos, y también caracterizar a los individuos de un modo particular e interpersonalmente significativo. Posee 20 escalas populares (que intentan explicar y predecir comportamientos interpersonales) y 3 estructurales (formas primarias de la personalidad, que de algún modo agrupan o resumen las 20 escalas anteriores), además de 3 escalas adicionales y 3 índices especiales (que se utilizan cuando las anteriores no son suficientes para elaborar una predicción o clasificación). Es de elección de alternativas (verdadero y falso) y puede corregirse computacionalmente (su corrección manual es bastante compleja). La extensión de la prueba (462 ítems) implica un tiempo de aplicación largo, 60 minutos aproximadamente.

Con respecto a su confiabilidad, Gough (1992) refiere que la aplicación test-retest arrojó un índice que osciló entre un 0.52 en una escala en particular, a un 0.85 en otra, con un

promedio mayor a 0.70. Acerca de su validez, el autor señala que se realizaron exhaustivas comparaciones entre los resultados del CPI y varios criterios externos (lista de criterios del entrevistador (ICL), lista de criterios adjetivos (ACL), descripciones sistematizadas realizadas por los cónyuges de los sujetos de la muestra, descripciones de jueces expertos acerca de los evaluados, de las que concluyó una validez de criterio adecuada. Además, se cotejaron los resultados del CPI con otras pruebas de validez conocida (treinta y dos instrumentos que evalúan alguno de los siguientes aspectos: cognitivos, estéticos, de desarrollo moral, de personalidad e intereses, u otras medidas) entre los que destacan el 16PF, con el cual se logró establecer una buena validez concurrente.

**MIPS.** (Inventario de estilos de personalidad de Millon). El objetivo de este test es medir la personalidad de sujetos adultos, a partir de los 18 años. Consta de 180 ítemes que el sujeto debe determinar si le son aplicables o no (verdadero y falso); dan cuenta de 24 escalas, que corresponden a 12 pares de escalas yuxtapuestas (por ejemplo, las escalas de Retraimiento y de Comunicatividad se consideran un par). Estas escalas se agrupan en tres áreas: metas motivacionales (orientación a obtener refuerzos del medio), modos cognitivos (estilos de procesamiento de la información) y conductas interpersonales (estilo de relación con los demás). Además incluye tres indicadores de validez: impresión positiva, impresión negativa y consistencia. En conjunto, las escalas del MIPS tienen un fundamento teórico en un modelo de personalidad basado en la teoría biosocial y evolutiva. Es corto en su aplicación (30 minutos o menos), puede corregirse computacionalmente y arroja perfiles gráficos e interpretaciones narrativas completas de dicho perfil, a partir de las cuales se generan informes interpretativos.

De acuerdo a los estudios llevados a cabo por Millon (1997), la confiabilidad promedio de sus escalas, establecida mediante el método de la división por mitades, es  $r = 0.82$  en una muestra de 1000 adultos, y  $r = 0.80$  en la de 1600 estudiantes universitarios. La consistencia interna obtuvo un alfa promedio de 0.77 (con un mínimo de 0.69 y un máximo de 0.85 en las escalas). La confiabilidad test-retest fue evaluada en una muestra de 50 adultos, con un intervalo promedio de dos meses (amplitud de 20 a 82 días), y en promedio se obtuvo  $r = 0.85$  (los rasgos oscilaron entre 0.73 y 0.91). En cuanto a la validez interna, se observaron correlaciones positivamente elevadas entre constructos teóricamente relacionados ( $r = 0.80$ ), negativamente elevadas entre constructos teóricamente discordantes ( $r = -0.79$ ) y cercanas a 0 entre constructos teóricamente no relacionados ( $r = -0.05$ ). La validez externa fue evaluada con tres instrumentos. Con el 16PF da cuenta de correlaciones positivas elevadas (entre  $r = 0.64$  y  $0.72$ , con tres excepciones bajo 0.50) y negativas elevadas (entre  $r = -0.67$  y  $-0.72$ ). Con el MBTI (Tipos de personalidad de Myers-Briggs) la validez externa es diversa, varía de acuerdo a cada escala del MIPS y cada tipo del MBTI, y oscila entre  $r = 0.75$  y  $0.17$ . Con el CPI se obtuvieron algunas correlaciones positivas elevadas ( $r > 0.50$ ) y otras más bajas ( $r = 0.11$ ) y negativas elevadas (entre  $r = -0.45$  y  $-0.72$ ).

## Métodos que evalúan estructura de personalidad

Diversos autores sostienen que los métodos indirectos pueden fortalecer los sistemas de evaluación de los TP, para lo cual actualmente se utilizan técnicas directas, principalmente entrevistas (semi)estructuradas y cuestionarios de auto-reporte. En este sentido, se proponen las pruebas proyectivas como métodos coadyuvantes en la evaluación de los TP (Petot, 2000).



La conceptualización teórica de los instrumentos proyectivos (Bell, 1992) se basa en la teoría psicoanalítica freudiana (conceptos de inconsciente, análisis de contenido latente, proyección –de conflictos y necesidades inconscientes, que causan angustia, en el mundo externo y en los otros– y relación transferencial), la teoría de la Gestalt (concepto de totalidad de la personalidad, la conducta y la experiencia, comprensión de los procesos perceptuales), la psiquiatría clínica (descripciones de la conducta y la personalidad anormal, delimitación de los factores patológicos de la personalidad, relación y comparación entre conducta normal y anormal), la antropología cultural (planteamientos acerca de los determinantes sociales y culturales, sus diferencias y el impacto de estas circunstancias sobre la personalidad individual) y la investigación sobre el aprendizaje (llevada a cabo por la psicología gestáltica y la académica-experimental, donde destacan los conceptos de motivación, formación de hábitos y condicionamiento).

Desde esta perspectiva, la personalidad se comprende como un fenómeno profundo, desarrollado a partir de influencias constitucionales, psicológicas y físico-socio-culturales; mientras que la conducta constituye una manifestación superficial de la estructura de personalidad. Cumple un rol funcional, pues da cuenta de la relación entre las demandas del sí mismo y las demandas de la situación y se comprende, por lo tanto, como un intento por adaptarse a los requerimientos internos y externos. Por otra parte, aunque algunos rasgos de personalidad son observables, otros están ocultos, tanto al mundo exterior como al propio individuo, es decir, son inconscientes. Una de las funciones de las técnicas proyectivas es explorar la naturaleza de estas áreas inconscientes (Bell, 1992).

Por otra parte, el concepto de estructura de personalidad ha sido desarrollado por Kernberg (1997), quien plantea tres niveles de organización de la personalidad: neurótica, límite y psicótica. Cada una está definida por tres elementos principales: examen de realidad, mecanismos de defensa e identidad que presenta el paciente; también considera el estilo de pensamiento, el tipo de relaciones objetales predominantes y el tipo de angustias como elementos que contribuyen al diagnóstico de una determinada estructura.

A continuación, describiremos un cuestionario que evalúa estructura de personalidad y algunos de los métodos proyectivos más utilizados en contextos clínicos e investigativos.

**IPO.** (Inventario de Organización de la Personalidad). Este cuestionario autoadministrado se basa en la entrevista estructural de Kernberg (1981), que evalúa el nivel de organización de la personalidad. Fue desarrollado por Clarkin, Kernberg y Foelsch, en la Universidad de Cornell. Consta de 102 ítems, cada uno contiene una afirmación que se contesta de acuerdo a 5 posibilidades (nunca a siempre, valores de 1 a 5). Se compone de tres tipos de escalas: tres primarias (difusión de identidad, defensas primitivas y juicio de realidad), nueve de relaciones objetales (antisocial, depresivo-masoquista, infantil, narcisista, esquizoide, esquizotípico, histérico, obsesivo y paranoide) y cuatro escalas globales (relaciones objetales saludables, patologías de las relaciones objetales, valores morales y agresión).

Un estudio investigó las características psicométricas de las escalas primarias del IPO (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg & Foelsch, 2001) en una muestra no clínica. Las tres

escalas mostraron una consistencia interna adecuada y buena confiabilidad test-retest. El análisis factorial de los ítemes confirmó una estructura de dos factores del IPO, lo que es consistente con el modelo de la organización limítrofe de personalidad de Kernberg. Las tres escalas se vieron asociadas con niveles altos de afecto negativo, descontrol agresivo y disforia, y con niveles bajos de afecto positivo, lo que también es consistente con el modelo de este autor. La escala de examen de realidad se vio estrechamente relacionada con varias medidas de fenómenos de tipo psicótico.

En Chile, el instrumento está siendo estudiado para su validación cruzada con el WUSCT (Test de completación de frases de la Universidad de Washington, prueba proyectiva que mide el desarrollo del Yo, diseñado por Loevinger) y adaptación para nuestro país (Ben-Dov, Núñez, Martínez, Serrano, Soubllette, Oksenberg, Martínez & Morales, abril 2001).

**Test de Rorschach.** Esta prueba proyectiva da cuenta de aspectos tales como: estructura de personalidad, estilos caracterológicos, funcionamiento cognitivo y afectivo, juicio de realidad, manejo de impulsos y afectos, madurez emocional, capacidad de empatía, relaciones interpersonales, mecanismos de defensa, angustias, identidad, vínculos tempranos, diversos tipos de conflicto profundo y dinámicas intrapsíquicas. Emplea una serie de 10 manchas de tinta, caracterizadas por su ambigüedad y falta de estructuración (que es variable, algunas son más estructuradas que otras, de acuerdo a lo que pretenden evaluar) y cada una representa una temática en particular, por ejemplo, relación con las figuras de autoridad, identidad sexual, angustias y defensas ante situaciones límite, relaciones diádicas tempranas, etc. Es un instrumento ampliamente utilizado en diversas áreas de la psicología (clínica, selección de personal, investigación forense, educacional). Su aplicación, corrección e interpretación debe estar a cargo de un psicólogo con conocimientos profundos acerca del test y sus fundamentos teóricos.

Con respecto a la pertinencia de su uso en investigación, y sus propiedades de confiabilidad y validez, las posturas encontradas son diversas. Mientras que algunos autores apoyan el uso del Rorschach en clínica e investigación, y aportan evidencia empírica que sustenta su confiabilidad, consistencia temporal y entre evaluadores, validez y utilidad (Viglione & Hilsenroth, 2001; McDowell & Acklin, 1996; Weiner, 2001), otros lo cuestionan, pues han encontrado problemas de correlación entre algunos indicadores del Rorschach y diagnósticos clínicos, de confiabilidad y de validez (Wood, Lilienfeld, Nezworski & Garb, 2001; Hunsley & Bailey, 2001). También encontramos posturas intermedias (Bornstein, 2001), que señalan que, si bien el método ha demostrado utilidad clínica y eficiencia diagnóstica, falta resolver algunos temas centrales que aún son problemáticos, y que permitirían mejorar la investigación y la práctica del Rorschach: reconocer los alcances del test (qué puede hacer y qué no); elegir criterios apropiados para evaluar su efectividad; utilizar matrices de métodos y criterios múltiples, para poder ubicar los resultados en el contexto adecuado; considerar las limitaciones de los resultados del test, de los criterios que da cuenta; y usar datos experimentales –no sólo correlacionales– para contrastar los resultados obtenidos a partir de los tests proyectivos y los de auto reporte.

Otro estudio plantea que la escala MOA (mutualidad de autonomía, escala que permite establecer inferencias acerca de las relaciones objetales del evaluado) del test de Rorschach

y la escala SCORS (cognición social y relaciones objetales) del Test de apercepción temática (TAT) han demostrado ser medidas confiables y válidas del funcionamiento interpersonal. Utilizando una muestra de 57 pacientes con diagnóstico DSM IV de TP, esta investigación confirmó los datos de estudios previos, demostrando la confiabilidad y validez convergente de estas mediciones (Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill & Fowler, 2001). Meyer y Archer (2001) compararon el Rorschach con el MMPI, y encontraron una validez muy similar (aunque destacan que ambos tests dan cuenta de una mejor validez para algunos propósitos que para otros) lo que, de acuerdo a ellos, sustenta la confianza en el uso de estas pruebas.

La investigación que nuestro equipo llevó a cabo (Echávarri, Zajer, Mascareño & Copaja, en prensa) muestra que no hay una asociación significativa entre la alteración de las dimensiones sistematizadas en el Rorschach (Examen de realidad, Identidad, Manejo de angustia, Manejo de impulsos y afectos y Mecanismos de defensa) y la presencia de trastorno de personalidad según el IPDE. Las autoras plantean que, al examinar estos resultados, es relevante tener en cuenta que los resultados del IPDE se basan en el reporte del paciente, por lo tanto, en su voluntad para entregar la información a conciencia, en su capacidad para dar ejemplos sobre su conducta, y en su capacidad de insight acerca de sus rasgos de carácter. Mientras que el Rorschach es capaz de pesquisar tanto aspectos que el paciente no referiría de manera espontánea, como dinámicas inconcientes. Desde otra perspectiva, explican que la falta de asociación entre los instrumentos es consistente con el hecho de que ambos han sido diseñados para evaluar la personalidad desde distintas conceptualizaciones: el diagnóstico del IPDE se realiza en función de rasgos y conductas a nivel descriptivo, mientras que el test de Rorschach permite examinar dimensiones estructurales y rasgos de la personalidad desde un modelo psicoanalítico, que integra las aproximaciones categorial y dimensional a una conceptualización del funcionamiento subyacente de la personalidad.

**TAT.** (Test de apercepción temática). Test orientado a evaluar la personalidad, específicamente las relaciones interpersonales. Da cuenta de rasgos de personalidad, conflictos internos, relación consigo mismo, vínculo con los padres y la autoridad, comprensión de las relaciones sociales, estándares morales, tono afectivo, manejo de la agresividad, sentimientos de soledad, manejo de ansiedades de separación, entre otros. Está constituido por 32 láminas, de las cuales se aplican 10 o 12 (dependiendo de lo que se busca evaluar), que representan personas y situaciones de manera estructurada y precisa. El sujeto debe contar una historia de lo que podría estar sucediendo, con pasado, presente y futuro. Su aplicación, corrección e interpretación debe estar a cargo de un psicólogo con conocimientos profundos acerca del test y de la teoría a la base.

Hibbard, Mitchell y Porcerelli (2001) estudiaron su confiabilidad, en base a la consistencia interna de los ítems que componen la escala de relaciones objetales y de cognición social. Se obtuvo un coeficiente alfa de 0.70, lo que sustenta una adecuada confiabilidad. Como ya mencionamos, también Ackerman y su grupo (2001) estudiaron esta escala en comparación con una del test de Rorschach, y demostraron la confiabilidad y validez convergente de ambas mediciones.

En una investigación llevada a cabo por Petot (junio 2000), en una muestra de 40 pacientes entre 18 y 60 años, se aplicó el TAT y una versión francesa del inventario de personalidad NEO PI-R. Los resultados proveen de evidencia a favor del TAT como un método apropiado para la evaluación de dimensiones emocionales y relacionales significativas de los TP. El autor afirma que algunas pruebas proyectivas, en tanto se establezca la confiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad, han demostrado ser muy útiles como métodos adjuntos en una estrategia global de evaluación de los TP. Agrega que se puede comprobar que son irremplazables en el estudio de ciertos aspectos del funcionamiento psicológico que escapan a la autoevaluación, y que, utilizándolos con precaución, también permiten mejorar la precisión de los diagnósticos individuales, especialmente en los pacientes que carecen de conciencia con respecto a sus patologías de personalidad.

**TRO.** (Test de las relaciones objetales de Phillipson). Test proyectivo diseñado para evaluar la personalidad, y específicamente, las relaciones objetales (elementos del mundo interno, inconcientes). Además, da cuenta de modos de enfrentar situaciones nuevas, relación con la autoridad, conflictiva edípica, manejo de aspectos agresivos, concepciones acerca de la pareja, fantasía de enfermedad y curación, vivencias de duelo, ansiedades de separación, entre otras. Consta de 13 láminas, que se dividen en 3 series: láminas inestructuradas (Serie A), que estimulan un funcionamiento más regresivo; láminas estructuradas (Serie B), que evalúan el funcionamiento yoico y el grado de adaptación a la realidad; y láminas que incorporan color (Serie C), que dan cuenta del manejo e integración de los afectos y de la capacidad para establecer relaciones afectuosas con otros. El sujeto debe contar una historia de lo que podría estar sucediendo, con pasado, presente y futuro. Su aplicación, corrección e interpretación deben estar a cargo de un profesional con conocimientos del test y la teoría que lo sustenta. Aunque el TRO está muy relacionado en su estilo y contenido con el Rorschach y el TAT, a diferencia de los estudios que han generado estos tests, no encontramos información acerca de investigaciones sobre su uso, validez y confiabilidad.

**Pruebas gráficas.** Estas pruebas corresponden a los dibujos utilizados como métodos proyectivos. Aquí se incluyen principalmente: dibujo libre, HTP (casa, árbol, persona), figura humana, figura humana bajo la lluvia, familia, familia quinética y pareja. Mediante el análisis de la actitud ante las pruebas, las verbalizaciones del sujeto (espontáneas y producto del interrogatorio), los elementos formales (tipo y presión del trazo, tamaño, proporciones, emplazamiento, secuencia, detalles, movimiento, perspectiva y volumen, simetría, sombreado, síntesis y tiempo) y el contenido de los dibujos, es posible evaluar el funcionamiento mental. Estos elementos, en conjunto, dan cuenta de aspectos como: estructura de personalidad, rasgos predominantes, manejo de impulsos y afectos, angustias, mecanismos de defensa, adaptación a la realidad, identidad, estilo de pensamiento, objetos internos, tipo de vínculos, conflictivas intrapsíquicas, entre otros (Hammer, 1989). Aunque encontramos diversos estudios que se refieren a los significados psicológicos de los distintos aspectos de los dibujos, en los que se aprecia bastante concordancia entre los autores, no pudimos hallar investigaciones que dieran cuenta de indicadores como validez y confiabilidad de estas pruebas.

Test de los colores de Lüscher. El test completo (no su versión abreviada) permite conocer la situación del sujeto, poniendo énfasis en las dinámicas más profundas de la personalidad, los mecanismos de compensación y frustración, el estado fisiológico, las áreas de tensiones y, por lo tanto, las "áreas de peligro" antes de la somatización. También permite apreciar expectativas, ambivalencias, potencialidades latentes, actitud volitiva y autoestima, disposición afectiva, la gestión de los instintos, estrategias defensivas y comportamentales, estados de ansiedad, etc. Todo esto permite que el test entregue información pronóstica y terapéutica útil y precisa. Por su rapidez de administración y la imposibilidad de manipulación por parte del paciente, puede ser repetido en otras oportunidades para controlar la misma terapia. En las láminas están presentes estímulos cromáticos que expresan al máximo funciones fisiológicas y psicológicas específicas. El significado objetivo del color es universal y su estructura puede definirse como "constante"; lo que sí varía es la actitud subjetiva ante el color, la "función" como la llama Lüscher, que está a la base de la interpretación del test (CDO Consultores, 2001).

El test da cuenta de diversos índices, tales como: validez de los resultados, dinámica profunda de frustraciones, compensaciones, ambivalencias y conflictos; dinámica actual de focos de tensión y angustia, enmascaramiento de la personalidad, necesidades, conflictos profundos y secundarios, tríada laboral. Su corrección e interpretación debe estar a cargo de un profesional familiarizado con el test y sus fundamentos teóricos.

Un estudio realizado con 125 estudiantes canadienses encontró una confiabilidad test-retest (intervalo de 3 semanas) baja; concluyó que el instrumento tendría deficiencias y que la investigación de la relación entre las preferencias de colores y la personalidad debería continuar por vías alternativas (Braun & Bonta, 1979). Otro estudio comparó los resultados de 150 estudiantes que respondieron a 16PF y a Lüscher, a través de un análisis de regresión, y no encontró ninguna relación significativa entre las variables (Stimpson, & Stimpson, 1979). También se realizó un estudio que apuntaba a examinar la validez del test, con una muestra de 20 estudiantes escolares; el objetivo era determinar si las descripciones de personalidad que arrojaba el Lüscher tendrían un nivel significativo de acuerdo con las descripciones que los sujetos hacían de sí mismos (evaluadas a través de un test de autorreporte). Los resultados mostraron una correspondencia significativa entre las descripciones del test y los autorreportes (Ledford & Hoke, 1981). Sin embargo, encontramos datos de otra investigación que también comparó los descriptores de personalidad del Lüscher de 98 sujetos con sus autodescripciones, y estos indican que no habría correlación entre ambas variables (Picco & Dzindolet, 1994).

## **Discusión: Problemas actuales y direcciones a futuro**

---

El desarrollo de la investigación en los trastornos de la personalidad ha sido explosivo en los últimos años debido a múltiples factores, entre ellos el reconocido impacto de la personalidad en la incidencia y evolución de las diversas patologías psiquiátricas. Cada escuela teórica plantea aquellos constructos y/o dimensiones que le parecen más relevantes para una adecuada descripción de la personalidad tanto normal como patológica. Lo que po-

dría parecer una “torre de Babel”, en el sentido de tener tan diversas aproximaciones teóricas para explicar la conducta humana es, al mismo tiempo, una fortaleza, ya que se ha diversificado la oferta de diversos instrumentos, los que habitualmente son el resultado de sofisticados procesos de estudio y validación. Sin embargo, desde una perspectiva teórica, el momento actual desconcierta, ya que no es posible lograr una visión unitaria de la personalidad humana en cuanto a sus componentes fundamentales y a su relación con la biología y el aprendizaje.

Sin embargo, desde una perspectiva más pragmática, podríamos decir que aún cuando no demos cuenta de la totalidad de la personalidad en forma coherente, podemos estudiar en forma precisa dimensiones y/o rasgos individuales, estudiar sus asociaciones más frecuentes, estudiar el comportamiento de tales categorías y determinar el impacto de éstas en la patología psiquiátrica. Los puntos de partida pueden ser muy diversos. Para algunos, los TP se definen como un continuo, cuyo polo más grave es tal o cual enfermedad (por ejemplo, TP esquizotípico y esquizofrenia). Para otros, tanto los trastornos de la personalidad como las patologías derivan de un Yo defectuoso que ha sido incapaz de lidiar con conflictos psicológicos en forma adaptativa (por ejemplo, mecanismos de defensa primitivos en personalidades limitrofes). Otros investigadores han privilegiado una concepción ateórica, limitándose a describir los rasgos y/o conductas observables que claramente se desvían de la normalidad y provocan conflictos consigo mismo o con los demás (por ejemplo, DSM y CIE). Los instrumentos de evaluación reflejan cada una de estas posiciones, y por lo tanto no se puede esperar de ellos más que el dar cuenta en forma válida y confiable de aquellas dimensiones y/o rasgos de la personalidad que deben medir. La decisión en cuanto a que tipo de entrevista o cuestionario escoger debe descansar tanto en fundamentos teóricos como técnicos.

Zimmerman (1994) sintetiza algunos aspectos que distinguen a los instrumentos –estructurales, procedurales y de contenido– que deberíamos considerar al elegir el que mejor se adecúe a nuestros requerimientos (contexto, propósito, tipo de información que esperamos obtener, entre otros). Estos son:

- **Cobertura:** algunos instrumentos evalúan sólo uno o dos trastornos, mientras que otros los evalúan todos.
- **Correspondencia con el sistema DSM:** muchos instrumentos miden constructos que están relacionados con los criterios del DSM, pero no son idénticos; esto implica que cuando puntúan positivo para un TP, puede que el sujeto no cumpla con los criterios DSM para ese trastorno y, al mismo tiempo, cuando puntúan otro trastorno como ausente, sí podría estar presente de acuerdo a los criterios de dicho sistema. Y otros no se guían por este sistema.
- **Método de administración:** cuestionario autoadministrado, entrevista semi-estructurada, entrevista no estructurada, y otros métodos.
- **Requerimientos del entrevistador:** algunos instrumentos requieren de gran competencia y preparación por parte del evaluador, mientras que otros privilegian a un entrevistador lego, que no sesgue la medición con prejuicios clínicos preconcebidos.

- **Organización:** en algunos instrumentos, las preguntas están agrupadas en secciones temáticamente organizadas, por ejemplo, relaciones interpersonales, emociones, etc., mientras que otras están organizadas de acuerdo a los diagnósticos. La primera forma es más fluida y menos redundante, lo que facilita el contacto con el paciente y evita el efecto de verse influenciado a puntuar positivo un criterio cuando se aprecia que el sujeto está cercano a cumplir el diagnóstico. Mientras que la segunda manera corresponde más cercanamente al formato de entrevista clínica, y hay quienes discuten que es apropiado estar alerta de cuan cerca está el paciente de completar los criterios diagnósticos, pues el profundizar las sospechas permitiría dilucidar los casos límite.
- **Marco temporal:** algunos instrumentos evalúan las actitudes y conductas de los dos últimos años de vida del paciente, otros cinco años, y otros no indican un tiempo fijo pero se refieren a los últimos años o a la manera de ser habitual.
- **Pautas de puntuación:** pocos instrumentos se acompañan de un manual que ayude a puntuar los ítemes de manera detallada y precisa, algunos sólo dan líneas generales y otros simplemente no lo incluyen.
- **Puntajes:** Algunos tests incluyen al final de cada sección los criterios implicados y sus puntuaciones de acuerdo a las respuestas; en otros, la puntuación de cada criterio está junto a cada ítem.
- **Contenido:** Para evaluar un mismo criterio del DSM, los instrumentos usan preguntas muy diferentes, por lo que no se puede asumir que un sujeto que responde positivo a una lo hará también a su equivalente en otro test; esto se ve reflejado, por ejemplo, en las diferencias de prevalencia de los trastornos de personalidad que cada instrumento da cuenta. Por otra parte, hay evaluaciones que dan cuenta de otros aspectos, tales como estilos de personalidad y estructura de personalidad.

Tal como ha sido mencionado a lo largo del capítulo, desde un punto de vista técnico, es esencial contar con instrumentos válidos y confiables, ya que la entrevista clínica tiene un bajo grado de acuerdo. Cualquier método tiene limitaciones. Es evidente que los cuestionarios sólo tienen un valor de *screening* por el sesgo que introduce la capacidad de comprensión y motivación del paciente. Por su parte, las entrevistas con preguntas directas al paciente tienen limitaciones ya que, por una parte, los rasgos no son siempre fácilmente reconocibles y observables para el paciente; y por otra parte, se obvia una diferencia importante entre los procesos conscientes y los inconscientes, los cuales sesgan considerablemente sus respuestas.

Como ya hemos destacado, si bien algunos instrumentos tienen buenas cualidades psicométricas, existen muchos que no cumplen con los criterios de validez que se esperarían normalmente en la investigación de la personalidad y que muestran una confiabilidad test-retest pobre en intervalos mayores a seis semanas, lo cual es particularmente problemático, dado que los trastornos de la personalidad son, por definición, durables y estables a través del tiempo. De esta manera, los problemas de los instrumentos diseñados para evaluarlos dificultan la tarea de mejorar los constructos, categorías y criterios diagnósticos del Eje II.

Se podría pensar que los problemas de validez y confiabilidad pueden surgir, en parte, del hecho que estos instrumentos se asemejan muy poco a la manera en que los clínicos efectivamente infieren los TP. Los instrumentos actuales –ya sean cuestionarios, auto-reportes, o entrevistas semi-estructuradas– comparten una característica común: mediante preguntas directas al paciente, derivadas de los criterios del Eje II, se intenta realizar el diagnóstico. Sin embargo, la evidencia apunta a las limitaciones que impone ese sistema. Westen y Shedler (1999) proponen que habría que desarrollar métodos que evalúen la personalidad a través de un análisis funcional, en vez del abordaje directo que realizan los actuales instrumentos. Esta aproximación funcional se refiere, por ejemplo, a la que sustenta el examen mental de un paciente; no le preguntamos “si yo le pidiera que me diga el significado de algunas palabras, ¿qué tan bien lo haría?”, sino que le preguntamos el significado de esas palabras, y a partir de esto evaluamos su inteligencia. De la misma manera, no preguntamos “¿qué tan bien respondería usted ante una prueba de proverbios?”, sino que se los preguntamos y juzgamos su capacidad de abstracción. Los clínicos reportan hacer lo mismo al evaluar la personalidad: si quieren saber si el paciente carece de empatía, no le preguntan esto directamente, sino que escuchan la manera en que la persona describe sus interacciones con otros significativos, observan cómo interactúa con su entrevistador, y de este modo plantean sus conclusiones. De tal manera, sería atinente proponer que, para atenuar la distorsión de los reportes del paciente producto de su falta de *insight*, en las entrevistas semi-estructuradas pueda incluirse el criterio clínico al momento de puntuar una respuesta, es decir, en aquellas preguntas en las que el paciente niega un rasgo o conducta, pero ésta se manifiesta claramente en su relato y/o en la situación de entrevista, el clínico debería dar cuenta de su presencia a través del puntaje.

Más allá de la divergencia entre los métodos clínicos, Westen y Shedler (1999) señalan varias líneas de evidencia que sugieren que evaluar los procesos de personalidad a través de preguntas directas no es la estrategia óptima, particularmente en aquellos pacientes con TP, en los cuales, la falta de autoconocimiento y de habilidad para tomar perspectiva son elementos diagnósticos.

Como hemos mencionado, los métodos de evaluación actuales no toman en cuenta la falta de *insight* o introspección, un aspecto muy relevante de los trastornos de la personalidad, lo cual es básico no sólo para investigar adecuadamente las descripciones de sí mismo que da el paciente y realizar un diagnóstico más certero, sino además para decidir el tipo de psicoterapia que resultaría más indicada. Nuestro grupo ha desarrollado una entrevista de *insight* que ha demostrado tener una buena validez de constructo (alta correlación entre la impresión global de los entrevistadores respecto del grado de *insight* y el puntaje obtenido por los pacientes en la entrevista) y un coeficiente *k* sobre 0.50 en el 60% de las dimensiones evaluadas (Valdivieso, abril, 2002).

En este sentido, Clark y su grupo (1997) plantean que aplicar evaluaciones de personalidad a personas que, presumiblemente, presentan un trastorno de personalidad, contiene una contradicción inherente, ya que a pesar de que es ampliamente sabido que en los pacientes con TP la capacidad de introspección es baja o nula, la fuente de información más común para hacer el diagnóstico son los mismos pacientes. Proponen la nece-



sidad de recordar dos cosas al confrontar esta inconsistencia en la práctica. Primero, tener en cuenta que el autorreporte, incluyendo las entrevistas, son presentaciones que los pacientes hacen de sí mismos, no reportes verídicos de sentimientos y conductas, pero a pesar de ello, estos “autorretratos” son informativos aunque se aparten de la objetividad. Segundo, las discrepancias entre los autorreportes y la información colateral no implica necesariamente que los primeros sean erróneos; la información colateral también tiene sus propias limitaciones y sesgos, como por ejemplo, la visibilidad del rasgo en cuestión y el nivel de cercanía con el paciente, pues ambos han sido documentados como muy influyentes en la convergencia entre autorreporte e información colateral. Como planteamos anteriormente, es necesario investigar qué rasgos son informados de modo confiable por el paciente y cuáles por terceros, para poder integrar ambas fuentes de información y establecer criterios que permitan decidir cuando surge información contradictoria.

Con respecto al tema de la capacidad de *insight* característica de los trastornos de la personalidad, Petot (2000) también reporta las dificultades que conlleva el uso exclusivo de entrevistas estructuradas y cuestionarios autoadministrados, pues la mayoría de los pensamientos, emociones y conductas que caracterizan a estos pacientes pueden ser ocultados deliberadamente en sus respuestas, lo que tiende a suceder principalmente en los trastornos de la personalidad antisocial y paranoide, así como en algunos tipos de personalidad narcisista. Pero este encubrimiento también puede ser producto de un proceso inconsciente, por ejemplo, los pacientes obsesivo compulsivo no se dan cuenta de su excesiva preocupación por los detalles. El autor propone, entonces, realizar un abordaje indirecto que explore tópicos que no se relacionen de manera directa con los criterios del DSM, sino que den cuenta de dimensiones del funcionamiento mental y de la personalidad de los pacientes. Como ya vimos, hay métodos más indirectos aún, las pruebas proyectivas; en ellas, se presenta un material ambiguo al paciente, quien lo interpreta de acuerdo a sus propias representaciones, creencias, emociones y conflictos.

Tradicionalmente, el acceso a aspectos inconscientes (por ejemplo, emociones inconscientes ligadas a la representación de las relaciones con otros, mecanismos de defensa, identidad) se ha realizado por medio de los tests proyectivos. Sin embargo, a pesar de una larga tradición clínica en la que psiquiatras y psicólogos validan y dan credibilidad a los resultados de estas pruebas, complementando con ellos sus apreciaciones acerca de las características de personalidad de los pacientes, faltan aún estudios sistemáticos que evalúen la validez de las inferencias y la confiabilidad de estos instrumentos. Entre las ventajas que podemos apreciar de estos tests, destaca que:

- aportan una visión global que de la personalidad y su funcionamiento;
- hay una menor posibilidad de fingir, debido a sus complejos sistemas de puntuación y a lo inestructurado de las pruebas;
- son de gran utilidad con niños y con personas que tienen una menor educación o habilidades lectoras y comprensivas disminuidas; y
- dan cuenta de aspectos inconscientes de la personalidad, que los pacientes no logran percibir ni hacer conciente y que, por lo tanto, no reportan en pruebas directas, ya que su capacidad de insight se encuentra generalmente disminuida.

Mientras que sus desventajas apuntan a que:

- demandan una larga especialización por parte del evaluador;
- son extensos en su corrección e interpretación; y
- ha habido dificultades para establecer su confiabilidad y validez.

Es evidente, de acuerdo a lo expuesto a lo largo del capítulo, que la tarea de los investigadores y de los clínicos al momento de decidir el uso de un instrumento para la evaluación de los trastornos de la personalidad es muy compleja. Autores como Westen y Shedler (1999) refieren que, a pesar de que los estudios en esta área en los últimos 15 años han aportado a nuestra comprensión del curso y etiología de algunos de estos trastornos y que los instrumentos actuales han sido útiles, en cierta medida, las dificultades de conceptualización, medición, validez y confiabilidad, entre otros, sugieren que debemos continuar la búsqueda de métodos de evaluación alternativos. En este mismo sentido, Livesley (1995, en Westen & Shedler, 1999) concluye que uno de los mayores impedimentos para mejorar los conocimientos acerca de los trastornos de la personalidad es que los esfuerzos investigativos que se llevan a cabo asumen la validez de la nosología actual, en vez de testear sistemáticamente posibles mejores alternativas.

## Capítulo 5

### **IDEAS PSICOANALÍTICAS SOBRE LA MENTE, Y SU RELACIÓN CON DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO**

---

◆ Alex Oksenberg Schorr

Es un tema conocido el que la Psiquiatría, desde un punto de vista del diagnóstico clínico, carece de una disciplina que confirme la diagnosis, como le sucedía a la Medicina antes de advenimiento de la Anatomía Patológica. Es decir, los psiquiatras no contamos con un aval equivalente a la Anatomía Patológica que pueda confirmar o no nuestra impresión diagnóstica. Sabemos que esta situación es fuente de una gran controversia permanente y de serias dificultades en la comunicación de la experiencia, tanto clínica como terapéutica, a pesar de que, especialmente en los últimos años, se han hecho grandes esfuerzos por estandarizar los criterios diagnósticos.

Una situación particular, en relación con el diagnóstico, la vivimos en el área de los trastornos de personalidad, en donde la entidad mórbida se confunde con el sujeto mismo no sólo en una mirada transversal, sino que también en el sentido longitudinal o histórico. Hasta hace pocos años, a pesar de lo anterior, para hacer el diagnóstico de personalidad, se usaba el modelo descriptivo similar al de cualquier otro proceso diagnóstico. Con la aparición de la serie Manuales Diagnósticos (DSM), se ubicó al diagnóstico de personalidad en un eje distinto al diagnóstico del cuadro mórbido, pero no se cambió el modelo descriptivo de diagnosticar la personalidad.

A propósito de la aparición del concepto de Personalidad Límite, y específicamente de los trabajos de Otto Kernberg al respecto, se inaugura otra forma de diagnosticar la personalidad, dejando el modelo descriptivo para hacer el diagnóstico presuntivo y reservando el diagnóstico definitivo a un estudio profundo de la "estructura" u "organización" de la personalidad que se presume estable a través del tiempo. Este estudio de la organización o estructura ya no se remite sólo al estudio de los rasgos de personalidad, sino a la observación de cómo funcionan y se interrelacionan el Ello, el Yo y el Superyó de acuerdo al modelo tripartito de la mente desarrollado por Freud en su obra

el "El Yo y el Ello" (1923) y también el análisis de las relaciones objetales incorporando los avances sicoanalíticos en este tema, especialmente de E. Jacobson y M. Mahler.

Al incorporar este cambio en la forma de diagnosticar, Kernberg inicia una modificación revolucionaria que resuelve muchos problemas derivados del modo antiguo de diagnosticar, e inaugura problemas nuevos derivados del nuevo enfoque.

Para sintetizar, Kernberg ya no se basa sólo en lo que se ve a primera vista, sino por el contrario, asigna mucho mayor importancia a lo que no se ve. Es decir, los rasgos o los síntomas crónicos ya no son datos que apuntan al diagnóstico definitivo, sino que sólo permiten presumirlo.

El observador deja de ser ingenuo y va con intención a buscar aquello que no se ve en una primera mirada, como la tolerancia a la angustia, capacidad de sublimación, respuesta a la interpretación, a la confrontación y aclaración, estado del mundo objetal, percepción del sí mismo, etc. De esta forma, Kernberg establece tres grandes niveles de organización de la personalidad: sicótico, límite y neurótico, el primero del segundo se diferencian por la falta de la función del juicio de realidad, y el segundo del tercero, por la falta de la función de integración del concepto de sí mismo provocando la así llamada "difusión de la identidad".

Por lo tanto, y de acuerdo a lo anterior, ya no basta con decir que el paciente tiene una personalidad depresiva, histérica u obsesiva, sino que se señala: "Este es un paciente que tiene una personalidad depresiva, histérica, obsesiva o de cualquier otro tipo, desde el punto de vista descriptivo, pero desde el punto de vista estructural es un límite, sicótico o neurótico".

Con esto Kernberg resuelve un gran problema de pronóstico y, consecuentemente, de indicación de tratamiento, en la medida en que personas, que desde el punto de vista descriptivo eran muy parecidas, tenían pronóstico y respuesta al análisis o la psicoterapia muy distintos (Kernberg tuvo la oportunidad de estudiar esto en profundidad en la Clínica Meninger, Topeka). La diferencia estaba en la estructura de personalidad subyacente, que permite establecer una gama compleja de indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis clásico, la psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo.

Ahora, si bien es cierto que Kernberg, con el nuevo enfoque, resuelve problemas tan fundamentales como los planteados más arriba, abre algunos nuevos, como señalé antes, tales como: ¿qué tan estable es la organización de la personalidad? ¿qué tan claros son los límites entre los tres niveles fundamentales de organización (sicótica, límite y neurótico)? ¿qué relación existe entre las enfermedades psiquiátricas clásicas como la esquizofrenia y la enfermedad afectiva bipolar con el nivel de organización de la personalidad?, son algunas de las interrogantes más difundidas vinculadas al nuevo modelo.

Lo que me propongo en el presente trabajo, es presentar algunas ideas sicoanalíticas vinculadas al desarrollo del aparato mental que, a mi juicio, sirven para comprender algunas de las dificultades que aun persisten en el terreno del diagnóstico, especialmen-

te de personalidad. Quisiera aclarar, desde ya, que sólo pueden ayudar a abrir más el pensamiento relacionado con estos problemas, pero de ninguna manera son propuestas de solución de algún tipo.

## **La idea del aparato mental vinculada a la función de la vista**

---

Desde sus primeras concepciones sobre el aparato mental, Freud imaginó la mente a modo de un órgano de percepción a distancia, con un polo perceptual y otro polo motor. Le atribuyó funciones de percepción, tanto hacia adentro como hacia fuera, y cuando tuvo que compararla, en más de una ocasión, usó la metáfora de un microscopio o de un telescopio, es decir, de instrumentos que sirven para aumentar los límites de percepción de la función visual.

Desde entonces, las comparaciones con la función visual y aparatos vinculados a ella han sido múltiples, y no es el objetivo de este trabajo el detallarlas. Más bien, me interesa establecer que ha habido una tendencia a imaginar la mente como un órgano de percepción vinculado al sentido de la vista, y plantear que, tal vez, esto ha ocurrido porque los ojos son los órganos de percepción capaces de registrar estímulos a mayor distancia que ningún otro receptor. Se podría pensar que se tiende a comparar la mente con instrumentos que aumentan la capacidad de percibir dada por los órganos de los sentidos.

Indudablemente que esta metáfora tiene fuertes limitaciones, puesto que la mente parece tener mucho más funciones que la perceptual, e incluso esta última no sólo está orientada hacia el mundo externo, como los órganos de los sentidos, sino además posee la cualidad de percibir hacia adentro.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, me interesa destacar esta idea antigua que, integrada con otras, constituyen el núcleo del presente trabajo.

## **La idea de la subordinación jerárquica**

---

Igual que la idea anterior, como la mayoría de las ideas sicoanalíticas, proviene de Freud y de su concepción de las etapas de desarrollo de la mente, desde la etapa oral hasta la genital.

En esta concepción de las etapas está implícito que, tanto las necesidades, como los placeres, como la cosmovisión de cada etapa, se van subordinando a la siguiente, pero sin desaparecer nunca por completo.

Después de Freud y su concepción jerárquica de las etapas del desarrollo, quisiera destacar las ideas de Kernberg (que a su vez están basadas en otros autores como Loewald, Jacobson y Mahler) acerca de la subordinación jerárquica del sistema motivacional de la

mente, como representante contemporáneo de una teoría que incluye esta idea: “La relación hacia el objeto cambia bajo la influencia de la activación biológica de nuestros estados de afecto que surgen a lo largo del desarrollo, y son causantes de cambio de la cualidad de las pulsiones. Por ejemplo, los deseos libidinales pre-edípicos por la madre cambian bajo el impacto de estados de afecto matizados sexualmente que surgen durante la etapa edípica. Estos afectos se organizan en impulsos genitales que operan en continuidad con deseos libidinales previos. Pero la cualidad subjetiva y las implicaciones motivacionales son diferentes. De manera similar, la agresión dirigida hacia el mismo objeto libidinal, también manifestada en diversos estados afectivos agresivos componentes, trasciende cada uno de estos afectos agresivos concretos y –particularmente después de la condensación e integración de pulsiones agresivas y libidinales– produce o contribuye a una nueva complejidad de relaciones objetales y a un nuevo conjunto de estados del afecto integrados, de un nivel más alto o más complejo (como tristeza, culpa o nostalgia).

Estos sistemas motivacionales “jerárquicamente supraordinados” no sólo implican a un afecto, sino también una relación objetal específica que incluye al afecto o anhelo específico” (Kernberg, O., 1977).

Este concepto de subordinación jerárquica me parece clave en dos sentidos, uno económico, y el otro funcional, aunque ambos están bastante imbricados. Intentaré diferenciar ambos sentidos a través de analogías que pueden dar cuenta de uno y otro por separado.

## **La analogía del marcapaso sinusal: su sentido funcional**

Como se sabe, el sistema de marcapaso cardíaco, es un sistema jerárquicamente subordinado, en el cual, el nódulo sinusal comanda la actividad cardíaca otorgándole una frecuencia que va entre los 60 y 100 latidos por minuto. Sin embargo, por debajo de la actividad del nódulo sinusal, existen una serie de marcapasos ectópicos que están silentes o latentes y que sólo van a funcionar en caso de falla del marcapaso principal.

Para ejercer este efecto inhibitorio, el marcapaso sinusal, aprovecha ciertas propiedades del tejido nervioso y del muscular, como el período refractario a la estimulación, que ocurre después del paso de cada potencial de acción o pulso eléctrico.

La presencia de los marcapasos accesorios es de fundamental importancia para que exista alguna alternativa en caso de que el nódulo sinusal, por alguna razón, falle en forma permanente o transitoria. Sin embargo, este sistema de seguridad es fuente potencial de patología en el caso de que algún marcapaso secundario tome un ritmo aberrante, y consiga con esto inhibir el nódulo sinusal, tomando jerarquía sobre él y provocando una arritmia.

En otras ocasiones, el marcapaso ectópico aberrante no toma el comando absoluto, y se pierde la subordinación jerárquica, manteniéndose dos ritmos paralelos, lo cual genera una situación caótica en la necesaria regularidad de la frecuencia cardíaca.

Sin adentrarnos más en el detalle de la patología del sistema del marcapaso cardíaco, creo que los ejemplos ya expuestos son suficientes para graficar el hecho de que se trata de un sistema que es funcional, sí y solo sí, hay un marcapasos que con su ritmo subordina al resto, y ojalá este sea el nódulo sinusal, que está programado para ejercer un intervalo de frecuencia que es altamente eficiente hemodinámicamente. De no ser así, el sistema se caotiza y pierde funcionalidad.

Creo que en el nivel de la mente, tenemos este tipo de subordinación jerárquica, por ejemplo, entre el proceso primario y el secundario, en donde claramente, mientras dormimos y la actividad del proceso secundario está "apagada", comanda la vida mental el proceso primario. A la inversa, durante la vigilia, el proceso primario permanece silente, subordinando al secundario. Esta situación debe darse así, porque, de lo contrario, la mente se torna disfuncional, y si prima el proceso primario sobre el secundario en vigilia, nos encontramos frente a una psicosis lúcida. Incluso, si ambos procesos, el primario y el secundario, se dan en forma paralela, sin subordinación el uno al otro, hablamos de psicosis encapsulada o parafrenia.

En resumen, lo que está en juego si la jerarquía subordinada de este tipo no se produce, es la función o disfunción del sistema; y eso es lo que quería destacar en relación con un segundo sentido de este modelo de subordinación, que representaré utilizando la analogía del cálculo aritmético.

## **La analogía del cálculo aritmético: su sentido económico**

La aritmética es un sistema de operaciones, progresivamente más complejas, en que los niveles más abstractos van englobando a los más simples o, si se quiere, los más simples se van subordinando a los superiores. Por ejemplo, si alguien suma  $2+2$  no necesita poner 4 unidades una al lado de la otra y contarlas. A su vez, si alguien multiplica  $4 \times 4$  no necesita sumar 4 veces 4. Así, sucesivamente, el sistema de cálculo se va haciendo infinitamente más complejo, y puede llegar a complicadísimas formulaciones que representen aspectos de la realidad que no se podrían pensar de otro modo.

Sin embargo, a diferencia del sistema del marcapaso, el sentido esencial de este sistema jerárquico no parece estar tanto en la función/versus la disfunción, ya que, por ejemplo, si alguien aprendió a multiplicar, no se torna disfuncional o caótico porque vuelve a usar la suma. Lo que sí es cierto, es que es mucho más económico para la mente multiplicar  $4 \times 4$  que juntar 16 unidades y contarlas. Por otro lado, como comentaba más arriba, la mente a través de ir haciendo más complejas las operaciones, es capaz de aprehender mucho más del mundo externo.

En fin, lo que quiero destacar es que el sistema de cálculo aritmético es un sistema de subordinación jerárquica, en donde los niveles inferiores se subordinan a los superiores por motivos fundamentalmente económicos, aunque los pueden haber de otro tipo. No necesito ubicar un sistema análogo en la mente, como en el caso del sistema de marcapaso con el proceso primario y secundario, porque el sistema aritmético es una producción de la mente misma.

## La analogía del catalejo

---

En este momento propongo integrar las ideas anteriores del aparato mental, vinculado la función de la vista o instrumentos afines con la subordinación jerárquica, en su sentido funcional y económico. Para ello, planteo, transitoriamente usar como metáfora la analogía de la mente como un catalejo o telescopio de varios cilindros, en donde los cilindros de menor diámetro se van incluyendo dentro de los de diámetro mayor, constituyendo así un aparato de longitud variable.

El aparato en su totalidad representaría a la mente, que es lo que nosotros intentamos diagnosticar, y cada cilindro por separado a un estado de la mente, más primitivo mientras menor sea el diámetro. De tal manera que los estados primitivos se irían incluyendo en los estados más desarrollados (cilindros de mayor diámetro), de acuerdo a un modelo jerárquicamente subordinado.

Si aceptamos temporalmente esta analogía con todas las limitaciones que naturalmente tiene, puede ayudarnos, pienso, a entender algunas de las dificultades que enfrentamos cuando tenemos por delante la labor de hacer un diagnóstico, especialmente si éste es de personalidad.

Empezando, si miramos este aparato imaginario transversalmente desde su extremo más ancho, sólo veremos la circunferencia correspondiente al cilindro más ancho, que en nuestra metáfora correspondería al estado mental más desarrollado, pero poco o nada sabríamos de los cilindros que están por detrás, especialmente si nos enfrentamos al paciente con una "mirada ingenua" o de "observador aséptico".

Kernberg, a mi juicio, resuelve este problema cuando plantea que lo que se ve a primera vista permite sólo una presunción del diagnóstico definitivo, requiriéndose un estudio más profundo, que en el fondo iría a examinar los cilindros que no se ven de acuerdo al modelo recién expuesto.

Sin embargo, el modelo de Kernberg sólo permitiría captar cuando el sistema de subordinación jerárquica falla en su sentido funcional, vale decir, cuando fallan el juicio de realidad por una parte y/o la integración de la imagen del self por otra.

Estas dos adquisiciones del aparato se comportan como el nódulo sinusal al fallar, provocando una completa disfunción de todo el sistema, especialmente la primera de ellas que es el juicio a la realidad.

¿Pero, qué ocurre cuando el sistema de subordinación jerárquica falla en su sentido económico? ¿cuándo ocurre esto? ¿qué otras posibilidades de falla existen y que aún no estamos preparados para mirar?

A mi entender, hay una serie de circunstancias para las cuales el modelo clásico de diagnóstico, y también el modelo de Kernberg, resultan insuficientes y que me propongo aclarar en parte con el modelo propuesto, como dije al comienzo, con el único objetivo de abrir a la reflexión sobre el tema.



Voy a usar unos pocos ejemplos que son sumamente conocidos, y hasta cierto punto paradigmáticos, pero, indudablemente, hay muchas otras circunstancias clínicas que podrían dar lugar a similares cuestionamientos.

1. Las personalidades sicosomáticas, los antianalizandos de Joyce Mc Dougall y otros casos de Alexitimia, constituyen un grupo de pacientes que, en apariencia, son neuróticos, que han hecho una vida de neuróticos, pero son muy distintos a un neurótico, especialmente cuando se intenta tratarlos con psicoterapia o psicoanálisis.

Desde el punto de vista del modelo recién expuesto, son pacientes que tienen desarrollado el último cilindro del catalejo y que mirado transversalmente se ve igual que un catalejo normal. Sin embargo, la longitud del aparato es distinta porque hay cilindros que no están desarrollados en la zona intermedia y que tienen funciones de eslabón entre los primeros y los últimos.

En este caso, no hay una falla evidente en la subordinación jerárquica, ni en un sentido funcional ni en el económico. Sin embargo, sí la hay en la visión que permite el aparato, que es más corto y compromete aspectos sutiles como la perspectiva o la tridimensionalidad (ver Figura D).

2. La coexistencia de niveles, tanto limitrofe con neurótico, como limitrofe con sicótico, probablemente sea la situación clínica más conocida y al mismo tiempo más complicada para el psiquiatra o el psicólogo que requiere “decidirse” por un diagnóstico, sintiendo que no va a dar cuenta de lo que él está viendo, por una parte, y dudando de la indicación de tratamiento por otra.

Muchas veces, en situaciones de este tipo, hay conservación del juicio de realidad y ausencia de difusión de la identidad, y sin embargo, hay áreas de funcionamiento que impresionan como más primitivas. En este caso, la subordinación jerárquica está conservada en su sentido funcional, pero no en su sentido económico, puesto que el paciente ha alcanzado niveles neuróticos de desarrollo, no falla en las funciones claves para que el sistema caiga en “disfunción”, pero no abandona por completo los funcionamientos más primitivos.

Si lo vemos con nuestra metáfora del catalejo, los cilindros estarían presentes en la secuencia jerárquica que corresponde, pero no alineados uno dentro del otro, de tal manera que si miramos en forma transversal desde el último cilindro, no sólo vemos la circunferencia de éste, sino parte o toda la circunferencia de los cilindros más pequeños que están por detrás, en un a paralelo al principal (ver Figura B).

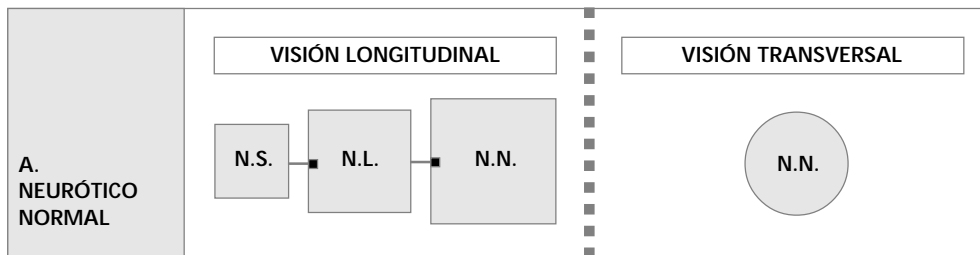
En términos prácticos esto significa “que el paciente puede funcionar alternativamente en estados mentales de distinto nivel de desarrollo”.

Kernberg resuelve parcialmente esta situación cuando plantea la existencia de niveles intermedios. En la práctica común, es corriente escuchar diagnósticos como el “limitrofe alto”, “neurótico bajo”, etc., que parecieran ser casos que realmente existen y que no están bien definidos por nuestras categorías.

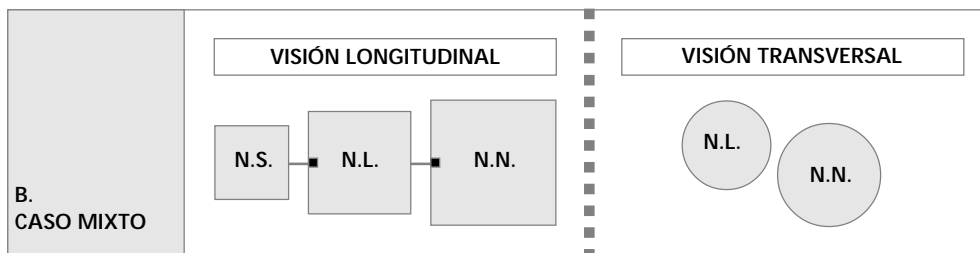
- La coexistencia de niveles sicóticos y neuróticos en un primer plano, parece ser una situación más bien rara. Sin embargo cuando se presenta provoca dificultades conceptuales. Una prueba de ello la constituyen los trabajos sobre el objeto autista en pacientes neuróticos de Gomberoff, M. y cols., que requirió por parte de los autores, un planteamiento propio acerca del aparato mental que fue comparado con un caleidoscopio para poder sustentar sus observaciones.

Otro ejemplo de esta situación de coexistencia paralela de áreas sicóticas y neuróticas, se aprecia en algunos pacientes con crisis de pánico que sufren una verdadera "hernia" de áreas sicóticas de la mente hacia la conciencia y, por lo tanto, hacia el primer plano de observación, adquiriendo un carácter crónico. En tales casos, las crisis de pánico y la debilidad yoica se potencian mutuamente, en una sinergia deteriorante de la estructura de personalidad (ver Figura E).

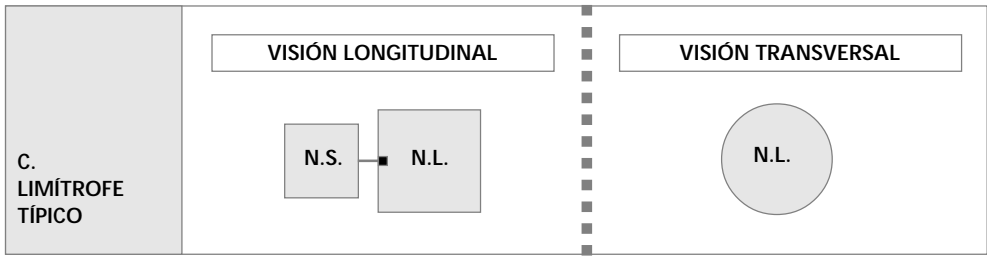
Podrían incluirse muchos otros ejemplos clínicos, pero en beneficio del espacio los dejaré hasta acá, y concluiré el presente trabajo con una serie de diagramas que grafican algunas de las situaciones expuestas, y que al representarse en forma plástica pueden aportar mayor claridad. Dibujaré solo 3 cilindros para ejemplificar, pero podrían ser muchos más.



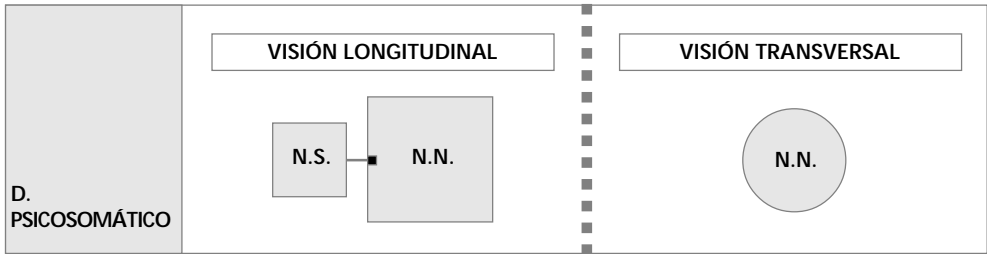
N.S. = Nivel Sicótico  
 N.L. = Nivel Limitrofe  
 N.N. = Nivel Neurótico



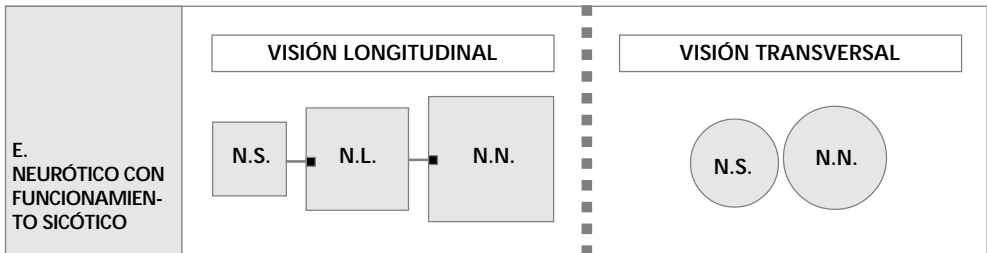
N.S. = Nivel Sicótico  
 N.L. = Nivel Limitrofe  
 N.N. = Nivel Neurótico



N.S. = Nivel Sicótico  
 N.L. = Nivel Limítrofe



N.S. = Nivel Sicótico  
 N.N. = Nivel Neurótico



N.S. = Nivel Sicótico  
 N.L. = Nivel Limítrofe  
 N.N. = Nivel Neurótico

Estas figuras tratan de representar gráficamente, y en forma simple, la tesis central de este trabajo, es decir, desde nuestra visión clínica transversal y con nuestros modelos habituales para el diagnóstico de la personalidad, nos encontramos con situaciones como la simbolizada en el gráfico "D", en el que en un corte transversal, a un paciente sicosomático puede confundirse con un neurótico típico representado en "A"; o, en otras ocasiones, como en los gráficos "B" y "E", enfrentamos casos mixtos que son difíciles de incluir dentro de nuestras categorías diagnósticas.

Mi sugerencia es que hay algunas ideas sicoanalíticas, como las expresadas en este trabajo, que pueden ayudar a explicar este tipo de problemas en el diagnóstico de la personalidad con nuestros modelos actuales, que todavía son muy estrechos para abarcar la realidad clínica, a pesar de los grandes avances de los últimos años.

## Capítulo 6

### PSICODIAGNÓSTICO DE LA ORGANIZACIÓN BORDERLINE

---

■◆ *León Gomberoff Pualuan*

En este capítulo, se revisarán algunos de los aspectos importantes de la psicometría de la personalidad, algunas pruebas y resultados esperados en ella para hacer el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. No se estudiarán en profundidad las diferencias entre los trastornos específicos, ya que un estudio más acabado requeriría más de un capítulo.

Las pruebas bien construidas y bien utilizadas son instrumentos que permiten comparar a un sujeto evaluado con otros o consigo mismo. Se le administran a los sujetos un set de estímulos a los que hay un número limitado de respuestas posibles que luego son transformadas en datos comparables.

Dentro de la definición dada, aquí entran, perfectamente, pruebas que no son de uso clínico, como lo son las pruebas de conocimiento y las pruebas de aptitud. Las pruebas de uso clínico pueden dividirse en pruebas de inteligencia, pruebas de organicidad y pruebas de personalidad. Aunque en realidad se podría decir que todos los tipos de pruebas mencionados miden algún aspecto de la personalidad. Hay algunas que se han llamado clásicamente pruebas de personalidad, las cuales pretenden medir estilos conductuales y, en ocasiones, motivaciones. Las pruebas ayudan a hacer un psicodiagnóstico que debe distinguirse de la medición misma ya que reúne los datos obtenidos en una hipótesis sobre el funcionamiento de la personalidad del sujeto, tanto a nivel descriptivo como dentro del marco de una teoría de la personalidad.

Quizás, uno de los puntos más delicados a la hora de considerar el valor de las pruebas de personalidad, sea el grado de distancia del evaluador que saca las conclusiones con respecto del evaluado. Es lógico preguntarse por qué una evaluación de la personalidad –que es una comparación entre distintos sujetos– va a poder medir algo del individuo que es único e irrepetible. Es, sin embargo, justamente por eso, que la medida puede funcionar; ya que si no hubiera individualidades no habría diferencias.



## La capacidad de medir la personalidad de las pruebas psicológicas

---

Si bien en la clínica psiquiátrica y psicológica hace bastante tiempo que se están aplicando tests; no es evidente que estos midan realmente. Un parámetro de comparación para la validez de los tests, bastante típico, es la entrevista clínica y el análisis de la historia del caso. Es verdad que clínicos, especialmente expertos, pueden superar en sus descripciones, a muchas pruebas psicológicas. Sus opiniones, de cualquier forma, tienen un carácter exclusivamente individual, con una confiabilidad que sólo el entrevistador conoce y una validez no medible. Las pocas veces que la intuición clínica ha sido puesta a prueba en la medición de los trastornos de personalidad ha demostrado ser muy poco confiable (Zimmermann, M., 1994). Rapaport, Gill y Shafer (1959) destacan algunos de los beneficios del uso de pruebas psicológicas a diferencia de disponer únicamente de la historia del caso y de la observación clínica:

- Casi siempre puede aplicarse tests psicológicos; aún cuando se dispongan pocos datos del caso.
- El material obtenido mediante test es más fácil de registrar que el obtenido mediante una entrevista clínica.
- Los datos en una entrevista clínica son seleccionados tanto por el entrevistador como por el entrevistado. En los tests hay una situación estandarizada que reduce el nivel de subjetividad.
- La organización de los datos de una entrevista está más abierta a factores subjetivos que los de los tests. En general, estos disponen de un preciso sistema de cómputos que organiza los datos de mejor manera.
- El papel de los conocimientos y de la experiencia del entrevistador es más limitado en los tests.
- Algunos elementos críticos no son necesariamente verbalizados por los sujetos; sólo son intuitivos por el entrevistador. Algunos tests, como el Rorschach, pueden identificarlos de forma clara.

De cualquier forma también se ha exagerado el valor de las pruebas psicológicas. Se ha pensado que éstas podrían llegar a tener un valor probatorio; Karl Meninger en el prólogo del texto del texto citado (Rapaport, Gill y Shafer, 1959) señala, con un optimismo exagerado, que las pruebas psicológicas han llevado a la psiquiatría a su edad adulta dentro del mundo científico, siendo un avance comparable a las pruebas de laboratorio en medicina. La madurez de la psiquiatría está por verse y es muy difícil que el psicodiagnóstico logre alguna vez la precisión de las pruebas de laboratorio. Su interés se basa en las razones dadas por Rapaport y en que se realiza a partir de una interpretación de instrumentos con propiedades conocidas.

Entendiendo que los tests psicológicos pueden ser de utilidad para la medición de los trastornos de personalidad, es necesario saber qué prueba se va a utilizar y qué importancia se le va a dar en las decisiones que se tomen. Los tests a utilizar deben proporcionar los estímulos adecuados para tornar observable y registrable los elementos de la conducta que serán interpretados como componentes de la personalidad. Un buen instrumento debe poseer estudios sobre sus propiedades psicométricas de confiabilidad, validez y disponer de normas para los grupos a los que los sujetos que se quieren medir pertenecen.

Con respecto a la interpretación, Exner y Weiner (1995, 1998) han destacado la importancia del uso de métodos empíricos y conceptuales por sobre los métodos que dan demasiada importancia a la impresión del clínico (que ellos llaman métodos "tabla huija y autoritario"). Un método de evaluación debe poder entregar resultados basados en las diferencias y semejanzas del sujeto con determinados grupos de sujetos. Un psicodiagnóstico requiere, además, de la integración de los resultados a una teoría de la personalidad.

Las pruebas de personalidad no siempre reúnen todas las características indicadas. Algunas pueden ser psicométricamente confiables pero no necesariamente hacen visible lo que se quiere medir. Otras, son capaces de hacer visible lo que se quiere medir, pero no disponen de un buen método de registro.

## **Teoría y descripción de la personalidad**

---

En cuanto a los trastornos de personalidad hay varias tendencias clínicas. Si bien la postura puramente descriptiva es adecuada en términos de investigación, en términos clínicos, para orientar un tratamiento y definir un pronóstico, es importante contar una perspectiva conceptual.

La perspectiva descriptiva, aunque tiene cierto desarrollo antes de 1960, no adquiere consistencia hasta el trabajo de Grinker, Werble y Drye (1968) que, en un análisis de 60 casos, divide a los pacientes en cuatro grupos desde un "borde neurótico" a un "borde psicótico". Desde entonces la literatura sobre borderline aumentó considerablemente y, en 1980, el trastorno límite de la personalidad fue agregado al DSM III. Entre los distintos DSM desde el DSM III, no hay mayores cambios en los criterios. Quizás, la más importante adición es en el DSM IV en el que se agregó el criterio 9 de "ideación paranoide transitoria" intentando reflejar los períodos psicóticos transitorios que estos pacientes viven.

Varios autores han planteado que la proposición de los DSM de considerar al trastorno límite de la personalidad como uno entre otros, no contribuye a la precisión diagnóstica. Grinker Werble y Drye (1968) planteaban diferentes subcategorías dentro del grupo borderline. Lo mismo Meissner (1984), quien dice que habría claramente grupos dentro de lo que él llama el "espectro borderline"; se refiere a un continuum histérico y otro esquizoide.

TABLA N° 1 • Clasificación de Kernberg, Trastornos de la Personalidad

**A. Organización Neurótica de la Personalidad**

1. Personalidad obsesiva compulsiva
2. Personalidad depresivo masoquista
3. Personalidad histérica

**B. Organización Borderline de la Personalidad***B.1. Borderline Altos*

4. Personalidad sadomasoquista
5. Personalidad ciclotímica
6. Personalidad dependiente
7. Personalidad histriónica
8. Personalidad narcisista

*B.2. Borderline Bajos*

9. Personalidad paranoide
10. Limitrofe
11. Personalidad hipocondriaca
12. Esquizoide
13. Personalidad esquizotípica
14. Personalidad hipomaniaca
15. Narcisismo maligno
16. Personalidad antisocial

**C. Organización Psicótica de la Personalidad**

Kernberg (1979, 1987) hace una agrupación de los distintos trastornos de personalidad que permite dar cuenta de su gravedad y estructura motivacional, la cual resulta adecuada para el abordaje clínico. Además, incluye el punto de vista descriptivo y lo considera como presuntivo para el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Habla de una "Organización Limitrofe de la Personalidad" distinguible de las organizaciones "Psicóticas y Neuróticas". Pero borderline como una medida grosera de severidad tampoco es una clasificación suficiente. Kernberg distingue entre la organización y el trastorno de la personalidad propiamente tal. La organización es un amplio espectro de funcionamiento que comparte características estructurales; el trastorno define rasgos característicos de personalidades de tipo histriónico, paranoidea, narcisística, etc. Hay, entonces tres organizaciones: psicótica, borderline y neurótica, cada una con subgrupos de personalidad; ello se resume en la Tabla N° 1.

Para Kernberg, los criterios descriptivos son indicios de la posibilidad de que exista una organización borderline con algún tipo de trastorno de la personalidad. El aporte de Kernberg más importante es el "diagnóstico estructural". El criterio estructural que define al borderline es la patología yoica, a saber, un patrón típico de debilidad del yo



basado en manifestaciones específicas (mecanismos de defensa primitivos), e inespecíficas. En 1977 introdujo los criterios del diagnóstico estructural que son ahora clásicos.

La organización borderline de la personalidad puede diferenciarse claramente de las organizaciones psicótica y neurótica a través de:

- Su grado de integración de la identidad,
- los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y
- su capacidad para la prueba de realidad.

## La entrevista estructural

---

Kernberg (1987), ha diseñado un método especial para el diagnóstico de la organización borderline de la personalidad: la "Entrevista Estructural". Es una entrevista no estructurada que realiza una exploración sistemática en el aquí y el ahora de la relación con el paciente de las características de la estructura del mismo. La entrevista es distinta a cualquier otro método porque aprovecha la relación actual del entrevistador con el paciente para llegar al diagnóstico final. Además se vale de los instrumentos psicoanalíticos de clarificación, confrontación, interpretación y transferencia.

Kernberg, Goldstein, Carr, y cols. (1981) hicieron un estudio en el que diferenciaron la organización de la personalidad psicótica del estado borderline en 48 pacientes de acuerdo a métodos diferentes. En este estudio destacaron las cualidades de la entrevista estructural como herramienta eficaz para establecer la diferencia, según los criterios de Kernberg (difusión de identidad, uso de defensas primitivas y prueba de realidad) sin que hubiera pacientes que cumplieran, al mismo tiempo, criterio para borderline y para psicosis.

El problema de la entrevista estructural es que es un método que depende demasiado de las cualidades del propio entrevistador. La entrevista estructural es una entrevista clínica como cualquier otra, pero que pone más atención a ciertos aspectos que a otros. Las entrevistas clínicas, en general, son buenos instrumentos, válidos y confiables si son hechas por un experto. Sin embargo, la confiabilidad y validez de sus resultados aumenta si estos son apoyados por instrumentos.

## La organización borderline de la personalidad y los test

---

Desde un comienzo, los tests psicológicos se han considerado importantes en la medición de la personalidad limitrofe. Ya en 1953, Knight hablaba de la importancia de la inclusión de tests estructurados e inestructurados en la evaluación de los estados borderline. De hecho, la desviación hacia el pensamiento de proceso primario no se observa en la entrevista clínica clásica. En cambio, en respuestas a estímulos no estructurados tienden a surgir

fantasías primitivas, disminución en la capacidad de adaptarse a los datos formales de los tests y uso de verbalizaciones peculiares (Kernberg, O., 1979). Estas características vuelven indispensables a los instrumentos de estímulo inestructurado para la evaluación de la organización borderline de personalidad.

Según Acklin (1997), una de las características más citadas sobre el comportamiento de los pacientes borderline en test psicológicos es un adecuado funcionamiento en los test altamente estructurados, como el WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) y un funcionamiento deteriorado en los tests inestructurados (especialmente el Rorschach) que evidencia: falta de límites, desorden en el pensamiento, relaciones objetales primitivas, disforia, poca tolerancia al estrés y labilidad emocional. Margaret Singer (1977) señala, incluso, que los Rorschach borderline aparecen más perturbados que los Rorschach esquizofrénicos. Berg (1983), por otro lado, dice que la ausencia de perturbación en el pensamiento en el WAIS y el WAIS R en pacientes limitrofes puede deberse a la necesidad, por parte de los examinadores, de limitarse a los espacios de la forma del test, en contraste con las detalladas anotaciones típicas del Rorschach.

Widiger (1982), sin embargo, demostró que los Rorschach de los limitrofes no aparecen más perturbados que los Rorschach esquizofrénicos. La hipótesis de que los borderline funcionan bien en los tests estructurados, pero mal en los no estructurados, también es criticada por Widiger quien dice que la investigación al respecto es débil o refutable. Edell (1987) demostró que los borderline (criterio DSM III, de trastorno límite y esquizotípico de la personalidad) mostraban más desorden del pensamiento que los normales en el Rorschach, pero igual que ellos en test estructurados. Harris (1993) comparó pacientes con trastorno límite de la personalidad con pacientes que reunían criterio para otros trastornos de la personalidad. Demostró que los pacientes diagnosticados como trastorno límite mostraban mayor desorden de pensamiento en el Rorschach que los diagnosticados con otros trastornos de la personalidad; situación que era inversa en el WAIS R. Tanto Edell como Harris utilizaron el "índice de trastorno del pensamiento" de Johnston y Holzman (1979).

Entrevistas clínicas estructuradas y conversaciones que mantienen la estructura del sentido común no permitirán aparecer el fenómeno borderline.

La pérdida de estructura en el estímulo y la consecuente aparición del pensamiento extraño en el paciente no es comparable a lo que sucede en la psicosis. En la psicosis, estímulos de poca estructura harán aparecer, efectivamente, pensamientos incoherentes, pero imbuidos de angustia. En el caso borderline, el paciente presentará una imagen contradictoria pero sin, aparentemente, tomar noticia de la contradicción hasta que es confrontado. Hay una especie de liviandad de juicio en decir algo y luego algo totalmente distinto. La desviación borderline, ante la falta de estructura, no se da con pérdida del examen de realidad. Así, el borderline puede adaptarse y empatizar con los criterios sociales de realidad. Puede ser que el paciente se refiera incoherentemente a su experiencia, pero podrá percibir esa incoherencia como tal, si es confrontado. Además, la incoherencia refleja una integración patológica y no un proceso de desintegración psicótico. Por esto mismo, podemos pensar que este mecanismo borderline tiene directa

relación con el nivel evolutivo de las relaciones objetales. Es expresión de defensas primitivas. No es una deficiencia cognitiva, sino que es la manifestación del síndrome de difusión de identidad.

## Las pruebas de autoinventario

---

Los cuestionarios autoadministrados son herramientas útiles que permiten obtener datos en poco tiempo y no requieren ningún tipo de experiencia para ser aplicados. Tiene la ventaja de reducir el criterio subjetivo al mínimo. Los cuestionarios presentan a los sujetos una serie de ítemes a los que ellos responden de acuerdo a lo que ellos consideren correcto o se aplica a su persona. Los resultados son luego analizados de acuerdo a criterios preestablecidos que ubican al sujeto en alguna nosología.

Es de vital importancia, entonces, cómo está construido el cuestionario; cómo se seleccionaron los ítemes, cómo se estructuraron los criterios. La mayor parte de los cuestionarios clínicos crean una selección de ítemes, generados por expertos, en los aspectos de la personalidad que se quieren medir y luego son sometidos a pruebas estadísticas.

El problema principal de los cuestionarios autoadministrados es la posibilidad de que sean falseados por los sujetos. Aún en aquellos en los que los ítemes no son transparentes, el sujeto puede "adivinar" cuál es la dirección de respuesta adecuada.

En los inventarios de la personalidad los sujetos pueden fingir y hay abundantes pruebas de ello. Alguien pudiera fingirse bueno para obtener un empleo, o perturbado mentalmente, para no ser encarcelado, por ejemplo. Este tipo de factores se han intentado controlar con las escalas de validez, escalas de "deseabilidad social", escalas de respuestas poco frecuentes y también a través de métodos de respuestas de elección forzada, que obligan al sujeto a elegir entre respuestas igualmente deseables o igualmente indeseables en términos de la "deseabilidad social".

De todas formas, no cualquiera puede mentir adecuadamente; y las tendencias de respuestas igualmente dan cuenta de estilos de personalidad, por lo que se puede decir que de todas maneras los cuestionarios algo miden, a pesar de que se intente mentir en ellos. El problema es que lo que se esté midiendo no sea solamente deseabilidad social. Edwards (1971), ha señalado que cualquier escala que se correlacione demasiado con una escala de deseabilidad social no estará midiendo más que deseabilidad social; por ello, una escala que realmente aspire a medir algo, no debe correlacionarse con la escala de deseabilidad social.

El carácter verbal del contenido de los ítemes los hace esencialmente ambiguos, ya que pueden llegar a tener distintas significaciones para cada sujeto. Este problema se ve amplificado por las diferencias culturales; hay diferencias de lo socialmente aceptable, sistemas de crianza distintos, etc. Las normas para las diferentes poblaciones deben ser, por tanto, distintas, dependiendo de dónde se vaya a utilizar el test. Por la misma razón,



debe tenerse especial cuidado a la hora de traducir un auto-reporte ya que éste debe adaptarse a la idiosincrasia del lugar en donde es aplicado.

Otro problema de los tests autoinventarios de personalidad es que la misma personalidad varía con el tiempo y de un lugar a otro; para un auto-reporte es difícil determinar qué es lo estable y qué lo permanente.

## **Pruebas de estímulo indirecto**

---

Son pruebas en que el estímulo es a veces verbal y otras gráfico. Se le pide al sujeto que diga lo que percibe ante una mancha inestructurada, que cuente una historia sobre cierta situación, o que asocie palabras. El sujeto debe resolver un problema y no sólo contestar una pregunta.

Algunos de estos tests evalúan la personalidad utilizando estímulos con poca estructura. El supuesto es que el sujeto, al completar o estructurar una situación incompleta o no estructurada, revela sus propios empeños, disposiciones y conflictos. Por ello han sido llamados tests proyectivos, suponiendo que las respuestas revelarían conflictos ocultos e inconscientes. Esto ha sido discutido por Exner (1994) con respecto al Rorschach, quien señala que, si bien pueden haber elementos proyectivos en las respuestas al Rorschach, también puede no haberlos. Lo que sí es evidente es que la naturaleza de los estímulos, con respecto a los cuestionarios y a las entrevistas, es totalmente distinta.

El estímulo indirecto disminuye bastante la posibilidad de que el sujeto pueda adivinar qué tipo de respuesta le favorecería. Es mucho más difícil para el sujeto llegar a comprender cómo se mide lo que se mide. Esta virtud es, al mismo tiempo, la raíz de sus principales críticas, porque no hay seguridad de que el test está midiendo lo que dice que está midiendo. Son preguntas indirectas con respuestas que también pueden ser indirectas. Por ello, se ha vuelto extremadamente necesario mejorar los aspectos psicométricos de las pruebas de este tipo. Esto es complejo ya que cuando se tratan los datos de forma excesivamente empírica se pierde la aplicabilidad clínica de las pruebas.

## **Evaluación DSM a través de pruebas**

---

En términos de la evaluación descriptiva es de gran importancia considerar los criterios de los trastornos de personalidad de los DSM. Los DSM fijan un criterio clínico con distintos ejes de observación, permitiendo el intercambio de información sobre pacientes entre clínicos e investigadores con distintas orientaciones teóricas.

Los criterios DSM han sido criticados por diversas razones. La más importante es que no son suficientes para realizar un tratamiento adecuado. Los mismos autores del DSM IV

señalan: "Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM IV" (APA, 1995) También, según Clarkin, Yeomans y Kernberg (1998), los criterios DSM IV son muy útiles para un diagnóstico a nivel sintomático y no a nivel de organización de la personalidad. El nivel sintomático se refiere a patrones repetitivos de los pacientes, que dan cuenta de sus conductas, pero que no toman en cuenta el factor motivacional que es fundamental para el tratamiento.

Con respecto a los trastornos de personalidad, el DSM IV, también ha sido criticado por ser poco preciso, ya que los distintos trastornos se superponen en forma excesiva. Si bien el DSM IV tiene mayor consistencia interna que sus predecesores, su validez discriminante sigue siendo inadecuada (Blais, M., Norman, D., 1997). Es raro encontrar a un paciente que reúna criterio para sólo uno de los trastornos de personalidad.

Muchas de las medidas de la personalidad pueden ayudar a realizar un diagnóstico de personalidad DSM IV. Los instrumentos de mayor relevancia son la entrevista semi estructurada SCID II (First, M. y col., 1999), la entrevista IPDE (Loranger, A., 1995, OMS, 1995) y el cuestionario autoadministrado PDQ 4+ (Hyler, S., 1994). Todas estas pruebas, además de tener propiedades conocidas, permiten una medida dimensional y no sólo categorial con respecto a los trastornos de personalidad.

El SCID II es una entrevista que, a través de un sistema estructurado de decisión, permite llegar a diagnósticos DSM IV. La entrevista es precedida por un cuestionario autoadministrado que permite reducir el tiempo de la entrevista que es de 45 a 90 minutos. Al menos, en su anterior versión para el DSM III-R, el SCID II, mostraba una confiabilidad de más de 0.6 para todos sus diagnósticos.

Uno de los problemas principales del SCID II es que es una repetición un poco más coloquial y en tono de pregunta de los criterios del DSM IV. Más amistosa y fácil de contestar para el paciente es la entrevista IPDE. Tiene mayor confiabilidad que el SCID, pero es más difícil de administrar; requiere bastante experiencia y entrenamiento para poder usarla adecuadamente. Permite llegar diagnósticos de trastornos de la personalidad basados en el DSM IV o en el ICD 10. Es una de las medidas más usadas internacionalmente y la única basada en estudios de campo hechos en todo el mundo. Tiene también un cuestionario autoadministrado con respuestas verdadero y falso que se responde en 15 minutos. Luego de ese cuestionario, se realiza la entrevista de 157 ítems ordenados según los títulos: trabajo, autopercepción, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

El PDQ 4+ es un cuestionario autoadministrado que toma entre 20 y 30 minutos. Luego se hace una breve entrevista (Escala de Significación Clínica) para corroborar presencia o ausencia de trastornos de personalidad. Para una primera impresión clínica es bastante más económico que las entrevistas SCID II y IPDE. Aunque tiene estabilidad temporal, consistencia interna y capacidad predictiva adecuada de trastornos de la personalidad. El PDQ tiende a sobrediagnosticar trastorno de la personalidad, aunque el número de falsos positivos se reduce con la Escala de Significación Clínica. El PDQ 4+ consta de

doce escalas, diez referidas a los trastornos de personalidad del DSM IV, una de conformidad social y otra de respuestas infrecuentes.

Todos estos instrumentos poseen traducciones al castellano, sin embargo, sólo el PDQ 4+ cuenta con un estudio de sus propiedades psicométricas en un país de habla hispana (Calvo Pinero y cols., 2002). Está por verse si son adecuados para la población chilena y latinoamericana.

## **Cuestionarios autoadministrados de interés**

---

La literatura sobre autoinventarios de personalidad es bastante extensa. Por lo que se describirán aquí sólo algunos de los más comunes.

Quizás el más importante de los cuestionarios autoadministrados sea el MMPI. El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) fue creado en 1942 por Hathaway y McKinley (1988) para distinguir la anormalidad psicológica. La primera versión constaba de 550 enunciados afirmativos a los que el sujeto respondía Verdadero, Falso o No lo sé. Los ítems del MMPI comprenden un amplio contenido que va desde las actitudes sexuales, religiosas, políticas, sociales, educación, ocupación, familia, matrimonio; hasta temas sobre la salud, síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos, trastornos motores, así como manifestaciones neuróticas y otras típicamente psicóticas.

Actualmente hay una gran cantidad de estudios acumulados sobre el MMPI. La producción de la versión original MMPI fue discontinuada en septiembre de 1999. Desde 1986 existe una re-estandarización que es el MMPI 2 y desde 1992 hay una versión para adolescentes, el MMPI A. Estas dos últimas versiones excluyen los ítems considerados injuriosos para algunas comunidades y agregan mejores sistemas de medición de validez.

El MMPI dispone de varias escalas; la mayoría de ellas han sido elaboradas empíricamente a través de su capacidad de diferenciar entre grupos normales y psiquiátricos. Las puntuaciones altas en las escalas no significan, necesariamente, la presencia del rasgo en cuestión. Cada caso debe ser analizado individualmente a través de un perfil con todas las escalas. Las escalas, entonces, no significan lo que sus nombres dicen; lo mismo sucede con los ítems; de su contenido no se puede extraer el significado de lo que miden. Ni los psicólogos experimentados saben, sin consultar, qué ítem pertenece a qué escala. Asimismo los sujetos a evaluar con el cuestionario no tendrán claro qué se está midiendo con cada pregunta.

Desde 1985 (Morey, L. y cols., 1985) existen once escalas de "Desorden de Personalidad" para el MMPI que han probado validez predictiva, al menos con los grupos A y B del DSM III-R (Schuler, C., 1994). Su amplio uso en la clínica ha permitido que sean reformuladas y validadas para el MMPI 2 (Colligan, R., 1994).

En general, los pacientes borderline muestran en el MMPI un amplio espectro de psicopatología, con patrones de alienación y rebeldía, contenido y proceso del pensamiento atípico.

Los pacientes con trastorno borderline de la personalidad muestran elevación en F, D, Pd, Pa, Pt, y Sc (Resnick, R. y cols., 1988). En términos de contenido, en los perfiles del MMPI estos pacientes son vistos como neuróticos, distímicos, socialmente retraídos, apáticos en lo referente al futuro, afectivamente erráticos, incapaces de anticipar las consecuencias de sus conductas, incapaces de juzgar la deseabilidad social de su comportamiento y un patrón de sospecha. El MMPI, sin embargo, es una prueba que debe ser complementada con otros métodos diagnósticos, ya que sus resultados no son tan rigurosos.

Si bien existen varias traducciones del MMPI 2 al español, en Latinoamérica se sigue utilizando la primera versión de MMPI. Un estudio del MMPI 2 con población peruana (Scott, R., Pampa, W., 2000) arrojó resultados consistentes con las normas norteamericanas, en relación a los estudios norteamericanos con población latina. Ello sugiere que probablemente ocurra algo similar con la población chilena.

Mención especial requiere el I.P.O (Inventory of Personality Organization) (Clarkin, J. y cols., 1995). El I.P.O. o "Inventario de la Organización de la Personalidad", es un inventario autoadministrado diseñado para medir la personalidad según las categorías de Otto Kernberg. Los ítemes fueron generados teniendo en cuenta sus concepciones sobre la personalidad en la normalidad y la patología. Fueron elegidos, entonces, en términos de validez de contenido, teniendo en cuenta una teoría de la personalidad determinada.

El objetivo del I.P.O. es medir los patrones de personalidad a un nivel no sólo conductual sino también estructural. El IPO se basó en un instrumento para medir organización borderline de la personalidad (Oldham, J., y cols., 1985) que tenía solamente tres escalas: mecanismos de defensa primitivos, prueba de realidad y difusión de identidad. A ese instrumento se le agregaron diez escalas para medir el tipo de relaciones objetales y otras tres de calidad de relaciones objetales, valores morales y agresión. Finalmente una escala de deseabilidad social.

En el primer trabajo que generó las escalas primarias del I.P.O. (Oldham, J., y cols., 1985), con una muestra de 107 pacientes y 28 voluntarios (no pacientes), las escalas mostraron una alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach de entre 0,92 y 0,84. Las escalas discriminaron entre el grupo de pacientes y no pacientes. En la investigación siguiente con el I.P.O. más completo (Clarkin, J. y cols., 1995), la muestra fue de 952 sujetos con 249 estudiantes, 578 adultos y 130 pacientes; la fiabilidad y la validez fueron adecuadas para las escalas primarias. La deficiencia en las propiedades psicométricas de las otras escalas han provocado que la versión actual del I.P.O. mantenga sólo las escalas primarias, más la de valores morales y una de validez. Las escalas primarias del I.P.O. han demostrado validez en cuanto a medir el aumento de los niveles de afecto negativo, descontrol agresivo y disforia (Lenzenweger, M., 2001), ello demuestra la adecuación de esas escalas al modelo de Kernberg descrito más arriba.

Existen versiones en español del I.P.O., destaca una versión chilena (Ben-Dov,P.,y cols.,200) que demuestra correlaciones semejantes con sus símiles.

Otro inventario que es importante mencionar es el MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) (Millon,T.,1994). Se basa en el DSM IV y en las teorías de personalidad de Millon. Es un inventario de 175 afirmaciones que deben ser respondidas verdadero o falso. Contiene 24 escalas clínicas que se agrupan en las categorías: patrones clínicos de personalidad, personalidad patológica grave, síndromes clínicos y síndromes graves. El MCMI III contiene, además, 3 índices de modificación (deseabilidad, revelación, degradación) y un índice de validez. La prueba arroja un perfil de personalidad coherente con el DSM IV.

## **Algunas pruebas de estímulo indirecto**

---

Existe una gran cantidad de pruebas de estímulo indirecto. Muchas de ellas son de gran utilidad para la medición de los trastornos de personalidad. Revisaremos aquí sólo algunos aspectos de las pruebas de mayor uso; el T.A.T. y el Rorschach.

El test de Rorschach (1948) consiste en una serie de manchas de tinta que son presentadas a los sujetos, quienes dicen qué es lo que les parece que la mancha pudiera ser. Lo que los sujetos ven es analizado e interpretado a través de un preciso sistema de cómputos.

Si bien series estandarizadas de manchas de tinta había sido antes utilizadas por psicólogos para estudios de imaginación y de otras funciones; Rorschach fue el primero en utilizarlas para el estudio de la personalidad. Administró un cierto número de manchas a diferentes grupos psiquiátricos, analizando las respuestas que eran capaces de diferenciar entre los grupos. Las medidas fueron perfeccionadas luego con la evaluación, por medio del test, de retardados mentales, normales, artistas, sabios y otras personas con características conocidas.

La versión final del test fueron diez láminas. En cada una hay impresa, bilateralmente, una mancha de tinta. Cinco de las manchas son en tonos grises, dos tiene además unos toques de rojo brillante y las tres restantes están hechas de varios tonos pastel.

El examinador toma nota de todo lo que el sujeto dice a propósito de las manchas. Luego de un interrogatorio, codifica las respuestas considerando: localización, calidad formal, contenido, popularidad y verbalizaciones peculiares.

Hay distintos sistemas para decodificar e interpretar el Rorschach. En general, los sistemas pueden dividirse en dos tendencias principales; la clínica ideográfica y la cuantitativa o nomotética. La ideográfica está basada en el contenido y la interpretación principalmente psicoanalítica. La tendencia nomotética usa más los resultados y fórmulas del Rorschach con relación a normas.



Actualmente, aunque tiene detractores, el principal sistema de decodificación del Rorschach es el Sistema Comprensivo (Exner, J., 1994). Este hace un compendio de cinco sistemas para hacer un standard que permita el avance en la investigación. Intenta, además, basar la mayor parte del sistema sobre datos empíricos. Concibe el test de Rorschach como una tarea de resolución de problemas en la que el sujeto pone en juego su habilidad y estilo, no necesariamente sus motivaciones ocultas e inconscientes.

Otro test de estímulo indirecto importante es el T.A.T. (Test de Apercepción Temática) (Murray, H. y cols., 1943). El T.A.T. presenta láminas que son en su mayoría dibujos que representan relaciones entre personas. El sujeto debe hacer historias sobre la escena mostrada en cada una de las láminas. Las historias que el sujeto produce son interpretadas como producto de su dinámica relacional.

Murray hizo su test de forma que pudiera ser interpretado de acuerdo a su teoría de la personalidad. Para él, la conducta se organiza a través de una jerarquía de necesidades (así Murray traduce pulsiones) en contraste con las presiones del ambiente. En el sistema de Murray cada historia es analizada de acuerdo a necesidades y presiones. El resultado es tabulado y ordenado según un análisis de la jerarquía subyacente, utilizando conceptos de Murray tales como: necesidad-conflicto, necesidad-subsidio y necesidad-fusión.

Actualmente, el T.A.T. es interpretado de acuerdo a diversas teorías, por lo que hay varios métodos de interpretación. Estos van, desde algunos que son muy similares al de Murray, a otros que toman caminos diversos, en general relacionados con diferentes orientaciones para el tratamiento de pacientes (psicoanalítica, cognitivo conductual o familiar).

El sistema de Bellak (1996) considera 10 categorías que asisten al clínico en el análisis de cada historia y lo orientan en la integración diagnóstica final de cada caso, identificando variables dinámicas y estructurales. Las categorías de Bellak son:

- **Tema principal:** en los niveles descriptivo, interpretativo y diagnóstico.
- **Héroe principal:** cómo se adecua, imagen corporal.
- **Necesidades e impulsos principales del héroe principal:** necesidades conductuales, figuras y objetos introducidos u omitidos.
- **Concepción del ambiente o el mundo:** hostil, amistoso, etc.
- **Visión de las figuras significativas:** figuras parentales, figuras contemporáneas, figuras menores.
- **Conflictos significativos:** entre estructuras psíquicas, entre diferentes impulsos.
- **Naturaleza de las ansiedades:** daño físico, desaprobación, falta o pérdida de amor, abandono, enfermedad, privación, ser devorado, tener demasiado o poco poder, etc.

- **Mecanismos de defensa:** represión, formación reactiva, regresión, racionalización, aislamiento, introyección, identificación proyectiva, etc.
- **Adecuación del Superyó:** apropiado, inapropiado, severo, inconsistente, negligente; en términos de castigo.
- **Integración del Yo:** en términos de estructuración, pero también en términos de funciones del yo. Se cuenta con una escala que incluye funciones tales como: prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación afectiva, relaciones interpersonales, proceso mental, regresión adaptativa, funciones defensivas, barrera a estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético e integrativo y manejo y competencia ante el ambiente.

## Organización borderline: T.A.T. y Rorschach

---

Bellak y Abrams (1996) señalan que para detectar mediante el T.A.T. al paciente limitrofe se utilizan los indicadores de funcionamiento preedípico. Antes de ello, sin embargo, debe descartarse la psicosis. Un T.A.T. psicótico puede ser identificado por la presencia de temas sexuales y agresivos directos, temas de persecución, personajes que mágicamente se transforman de una cosa en otra, temas de omnipotencia, figuras con elementos incongruentes, yuxtaposición de extremos (ángeles y diablos, actos de asesinato y de amor), ideas de referencia (pensar que las cartas están asociadas), desorientación y confusión de persona lugar y tiempo, falta de claridad de límites corporales, desviación grosera de los estímulos.

Una vez descartado el proceso psicótico, los autores proponen los siguientes indicadores de funcionamiento, a nivel preedípico, que permitirían detectar el fenómeno borderline en el T.A.T.:

- **Angustia de pánico más que angustia señal:** los personajes de una historia se envuelven en acciones precipitadas, salvajes, frenéticas ante el peligro o la amenaza. Un acercamiento del tipo de angustia señal vería el peligro a futuro y mencionaría algún plan de cómo sortearlo.
- **Escisión más que ambivalencia:** los personajes de las historias son vistos totalmente buenos o totalmente malos, la narrativa muestra sólo extremos.
- **Objetos parciales más que totales en la experiencia y percepción:** No hay un desarrollo de los personajes con una combinación de diferentes sentimientos, rasgos y actividades, pero sí una yuxtaposición de personajes buenos y malos.
- **Ausencia de constancia objetal:** se ve en el T.A.T. como ansiedad de separación, desesperación cuando una figura deja a otra.

- **Superyó preedípico:** se ve como historias de castigo extremo. Un Superyó más normal y neurótico se observa cuando el castigo es el adecuado al crimen particular.
- **Estados afectivos extremos más que estados de modulación de los afectos:** se manifiestan en el T.A.T. con el uso de expresiones como odio o amor extremos, más que distintas gradaciones afectivas como un poco enojado o algo contento.
- **Vergüenza y humillación más que culpa:** historias en que un personaje termina humillado públicamente. Las historias más edípicas generan personajes que pueden estar arrepentidos o sentirse tristes por el daño causado a otros.
- **Relaciones introyectivas o proyectivas más que identificatorias:** Los personajes cambian de identidad, sexo, de singular a plural, se transforman mágicamente, escenas de lectura de pensamiento, temas de gemelos, etc.
- **Fragmentación más que funciones sintéticas:** sin claro motivo en los personajes que no tienen una organización secuencial lógica.
- **Actuación más que actuación con auto-observación:** los personajes hacen diferentes cosas, pero no hay intención, por parte del sujeto, de que dichas acciones tengan un significado.
- **Defensas de incorporación e introyección más que identificación:** se observan en escenas en las que una persona, luego de una separación o pérdida, reacciona comiéndose al otro, siendo comido por el otro.

Aunque los autores intentan establecer métodos que permiten hacer las diferencias necesarias entre psicosis y no-psicosis y entre funcionamiento preedípico y no preedípico, la forma de hacer la diferencia es poco confiable. El T.A.T. es un test que permite llegar a conclusiones bastante elaboradas sobre las relaciones objetales del paciente. Sin embargo, esas elaboraciones dependen bastante del evaluador.

Según Rapaport, Gill y Shafer (1959) el T.A.T. no es un test proyectivo al nivel del Rorschach; es más bien un "test ideacional". El sujeto cuenta experiencias y modos habituales de enfrentamiento a la realidad. Al ser los estímulos estructurados y sobre relaciones humanas, el sujeto presenta sus relaciones habituales de una manera suficiente o insuficientemente convencional. Mediante este test, se puede obtener una medida de la capacidad del sujeto de pensar la vida interpersonal.

Probablemente, las historias son una buena medida de la prueba de realidad y del pensamiento convencional. Por consiguiente, la organización borderline puede pasar desapercibida. El sujeto podrá demostrar que convive y se relaciona de una manera eficiente y eso puede corresponder, únicamente, a un reconocimiento social y no a la real efectividad de las relaciones.

La falta de estructura del Rorschach lo convierte en un conjunto de estímulos adecuado para hacer visible la organización borderline. Singer (1977) decía que los protocolos borderline eran más floridos, rimbombantes, y bizarros aún que los protocolos esquizofrénicos.

Este tipo de comportamiento en el Rorschach fue observado por primera vez por Rorschach mismo; quien encontró que ciertas personas (que categorizó como esquizofrénicas latentes), a pesar de tener un comportamiento social relativamente normal daban respuestas especialmente extrañas en el test. Una paciente evaluada por Rorschach genera un protocolo que es para el inventor del test "una verdadera sorpresa": "Según el protocolo, debería diagnosticarse un proceso muy disgregado, de varios años de antigüedad, convertido ya en una evidente imbecilidad esquizofrénica. No obstante, todo ello no corresponde a las características clínicas del caso; lo único cierto es que la paciente ya no logra entablar una relación adecuada con su medio, que se empeña en disponerlo todo a su manera y tiende a caer en distimia hipocondríaca y ansiosa, así como en fases pleitistas"<sup>1</sup>.

Así como el test de Rorschach es capaz de distinguir al paciente borderline del neurótico, cosa que no puede hacer una entrevista sin modificaciones, el test debe también poder distinguirlo del paciente psicótico.

Exner (1986) observó que se distinguía claramente el borderline emocionalmente inestable del esquizotípico (trastornos borderline y esquizotípico de la personalidad en el DSM IV) y de la esquizofrenia. Ellos eran más extratensivos (EB), más orientados a los afectos (Afr y FC: CF + C), autocentrados (3r + (2)/R), inmaduros con tendencia a ser desestabilizados por el estrés (es y D), con problemas de disforia y modulación de los afectos (sombreado y FC: CF + C). Los protocolos Rorschach de los esquizotípicos, en cambio, se asemejaban más a los protocolos esquizofrénicos, con tendencia a la introversión, pensamiento raro y divergente y desprendimiento pasivo de la sociedad.

Los Rorschach borderline al mostrar muchos fenómenos especiales, ponen en duda la diferenciación yo/otro; la prueba de realidad, en cambio, debiera estar conservada; debiendo manifestarse en la calidad formal de las respuestas. Gartner, Hurt y Gartner (1989), en su revisión, señalan que del 65% al 70% de las respuestas de los borderline son de buena calidad formal. Presentan, por otro lado, un mayor nivel de respuestas débiles o inusuales; lo que indicaría una percepción más individual que distorsionada. Es preciso estudiar con mucho cuidado la calidad formal en los pacientes borderline siendo conveniente la aplicación del así llamado "test de límites" para ver hasta dónde llega la inadecuación del paciente.

Para medir el uso de defensas primitivas con el test de Rorschach se han creado escalas especiales. Basándose en la idea de Kernberg, de que los borderline utilizan defensas de nivel bajo, Lerner (1981) ha desarrollado un método para codificar defensas borderline. Los contenidos humanos del Rorschach, H son codificados por escisión, devaluación, idealización, identificación proyectiva y negación. Se encontró que pacientes DSM III borderline usaban significativamente más estas defensas que los pacientes esquizofrénicos y los normales. En la misma línea Cooper, Perry y Arnow (1988) codifican defensas considerando,

tanto defensas altas como bajas, y todos los contenidos del Rorschach. Basándose en las tres estructuras de Kernberg, identificaron en el Rorschach las siguientes defensas:

- Defensas de nivel neurótico: negación, intelectualización, aislamiento, formación reactiva, represión y racionalización.
- Defensas de nivel psicótico: negación masiva y negación hipomaniaca.
- Defensas de nivel borderline: escisión, idealización primitiva, devaluación, omnipotencia, identificación proyectiva y proyección.

## CONCLUSIONES

---

El método que aparece como más seguro para hacer el diagnóstico de la personalidad borderline es la entrevista estructural, pero hay dudas sobre su confiabilidad. Otros tipos de mediciones, si bien pueden ser más confiables, no es evidente que sean válidas. El comportamiento de los tests frente a la personalidad borderline no es estándar, es contradictorio.

Métodos de medida que se destacan son el DSM IV y los cuestionarios autoadministrados. Si bien ambos son criticables por diversas razones, mantienen su utilidad para la producción de un diagnóstico presuntivo de personalidad borderline. En la misma línea, el I.P.O. se demuestra útil para fines de diagnóstico presuntivo; sus propiedades psicométricas son coherentes con la teoría, al menos en las escalas primarias.

Las pruebas de estímulo indirecto son de mayor utilidad para hacer evidente la Organización Borderline descrita por Kernberg. Destacan, entre ellos, el T.A.T., que es una medida útil de la prueba de realidad. El Rorschach, al presentar estímulos no estructurados, es el mejor método para hacer visible la organización borderline. La persistencia de dudas con respecto a su excesiva subjetividad aconseja considerarlo, únicamente, como un método de generación de datos y no como una ventana al inconsciente. Por ello es importante utilizar el Rorschach a partir del sistema comprensivo, estudiando los mecanismos de defensa sólo a partir de escalas con propiedades conocidas.



## Capítulo 7

### PATOPLASTÍA EN PSIQUIATRÍA

---

■◆ *Rafael Parada Allende*

Un trastorno de personalidad, como hoy se denomina, se refiere a personas con una conducta que en su descripción comportamental y vivencial proponen una definición de ellas, en la variable de irregularidad ante sí mismos y su grupo social. Alimenta así la definición y su concepto el establecer límites que desembocan en diferencias para los sujetos que satisfacen esa definición, en sus variedades.

Admite el caso concreto sistemas de explicaciones y comprensiones del “por qué” de un comportamiento que propone, desde allí, las estrategias y tácticas de una praxis “rectificadora”.

También suscitan las esperanzas y utopías de su modificación o las medidas de una administración que compatibilice “el trastorno” con las normativas que equilibran el grupo social desde la familia a la comunidad.

El padecer este tipo de trastorno alberga un discomfort personal y/o social. La personalidad, que tal vez amalgama la “genética” de una constitución y el azar de una biografía, se expresa en la totalidad del vivir del que la padece.

Con el transcurrir del existir de un sujeto se va manifestando un estilo propio. Las intensidades y desvíos de cogniciones, afectos y voliciones que despliega la persona frente a sí misma, a su cuerpo, al mundo de los objetos y sus valores, como asimismo hacia el prójimo como fundador del plural, configuran la expresión del estilo peculiar del vivir de cada cual contextualizado en su grupo de pertenencia.

Bajo estas consideraciones es que el concepto patoplástico adquiere su legalidad.

Para facilitar la didáctica de lo expuesto que representa el ámbito de lo que trataremos, puntualizaremos el concepto; sus consecuencias; sus actitudes, desde el que las



circunscribe; la hermenéutica de sus interpretaciones; la racionalidad de sus explicaciones; y los bordes que, desde otros dominios, hicieran consistente el concepto.

Desde esta breve introducción, establezcamos las ideas directrices, su historia y los problemas que desde allí se abren en la psicología y psiquiatría clínica.

## Asuntos psicopatológicos y terapéuticos

---

1. Patoplástica, Patogenética: expresan términos que ya se insertan en la medicina hipocrática; señalando, el primero, la modalidad de configurarse "plásticamente" en una forma definida propia y constante; una conducta o un fenómeno psicopatológico cualquiera, aún cuando se trate de eventos de la vida cotidiana. El segundo, aventura la génesis de ese mismo fenómeno con múltiples hipótesis para dar cuenta de lo que él es y cómo se generó. En la terminología convencional actual el concepto de lo etiopatogénico cubre el campo de la patogénesis.
2. La Patogenia –ya en el plano del trastorno mental– admite variadas narrativas del "por qué" "quién" y "cómo" emergió en un sujeto su tristeza, su angustia, su insomnio. Terrenos de hipótesis, de principios a priori o resultados que explican el hecho empírico, alusiones a un origen y el curso del pathos.
3. Patoplástico –referido a personalidad– en el dominio de la psiquiatría clínica y en general señala formas de elocuencia, de aglutinaciones que, necesariamente, emergen entre lo surgido desde el soma (naturaleza) y vida (biografía). Es el hablar en el estilo por el cual una biografía apresa el suceder biológico (ej.: el infarto de un ejecutivo y el lunar de un hipocondríaco).
4. Patoplastía es plasmar la individualidad y su historia ante un hecho del azar o genéticamente condicionado.
5. Patoplástica es el idioma del decir y concebir una contingencia del vivir.
6. Patoplástica es la modalidad en que una bipolaridad, por ejemplo, se hace emergente en episodios de la situación vital, texturándose los contenidos que entrega esa alteración a situaciones vitales que, a su vez, interactúan reciprocamente.
7. Patoplástico es un estilo ante lo "externo" o ajeno de un devenir patogenético en el individuo concreto. Es la manera de manifestarse esto, en una forma propia, que textura el padecer y su fantasear sobre él.
8. No es divorciable la patoplastía y la patogenética, pues en ambas se articula un origen y un modo que da cuenta del padecer; un fenómeno concreto en la fineza de su descripción.



9. Son separables, por razones prácticas y de implicaciones terapéuticas. Es el Eje I del DSM IV con el Eje II que lo asiste y le da forma.
10. El Eje II ¿no es tal vez causante, en muchos casos, ya como origen o como desencadenante de lo ofrecido en el Eje I? No es sólo dar forma patoplástica sino muchas veces, es ya patogenético.
11. Tratando y administrando el Eje II, centro de la patoplastia, podríamos modificar y prevenir lo que el Eje I ofrece y sus reiteraciones.
12. La personalidad, al ser bien tratada, puede evitar las crisis que el Eje I expresa; es el campo donde más legítimamente podemos hablar de prevención de muchos trastornos.
13. Es la patoplastia –bien conocida– una herramienta preventiva para el trastorno mental. Si es concebida con prudencia, sabiduría y buena administración.

## **Historial vital, biografía, patoplastia y patogénesis**

---

El ciclo vital del desarrollo humano, en sus diferentes etapas, es configurador del modo de mostrarse los fenómenos psicológicos y psicopatológicos, cualquiera sea su origen. Es así que en la adolescencia, por ejemplo, los trastornos bipolares tienen una forma de expresarse diferente al del adulto, pues la etapa de la adolescencia es patoplástica y preludian como pródromos lo que será en el futuro el cuadro definido.

Pero asimismo mezcla las vicisitudes de las “turbulencias” en el desarrollo de esa etapa y el marco sociocultural que las ampara, entregando un panorama semiológico para diagnosticar diferencias del trastorno del ánimo, donde lo patogénico se recubre de patoplastias que comandan esa etapa. Esa mezcla, aparte de exigir diagnósticos diferenciales, hace posible dar cuenta de una implicación solidaria en una manifestación entre variables genéticas y los desafíos que tiene la evolución del proceso madurativo y sus significaciones biográficas.

Lo desencadenado es desencadenante, y lo desencadenante –desde sus múltiples sentidos– desencadena la disfunción en el “urbanismo” de la neurotransmisión.

Sin heridas, la hemofilia es inofensiva; sin conflictos de la evolución psicológica retrógrada y anticipatoria que un adolescente vive, la funcionalidad cerebral puede permanecer quieta y en equilibrio pese a vulnerabilidades existentes.

El flujo circular entre significaciones desplazables y la química cerebral, con diversos grados de susceptibilidad a sus disfunciones, promueve el síntoma de un trastorno y la narrativa que él necesariamente desarrolla, configurando un cuadro clínico polivalente multicausal que debe ser vivido por el paciente, su familia y el equipo que intentó una



solución terapéutica. Desencadenantes a gatilladores son episodios biográficos que, sin ser la causa de una depresión le permiten a esta manifestarse (ej.: situación de duelo). Operan así también bajo la lógica de la patoplastia.

La semiología y semiótica que vivimos en las entrevista con pacientes, señalan la diversidad de caminos necesarios para conducir el "punto" y lugar del síntoma. Muestran, desde ese momento, la multiplicidad de sendas posteriores que serán recorridas confundiendo a menudo con sus orígenes.

El ciclo vital y la biografía no son sólo escenarios desde donde se tiñe el suceso patológico propiamente tal, sino un elemento plástico (patoplastia) que le da existencia real, desarrolla sus diferencias y pronósticos.

Clínicamente es recomendable su distinción e interpretación para las propuestas fármaco y psicoterapéuticas.

Hoy día somos conducidos hacia concepciones nuevas de la patoplastia.

Pareciera ser que, en sus inicios, la patoplástica estaba destinada a otorgar sólo un envoltorio a un ente fenoménico. Entonces, se la podía conceptualizar de manera fácil.

La reflexión fenomenológica a través de su método basado en la reducción y la participación de un Yo, antes protagónico en la "extracción" y configuración del fenómeno, permitió distinciones ante las cuales los modos de darse una conducta o la comunicación de un contenido, abrían un camino para aludir y plantear la existencia de estructuras psicopatológicas. En la angustia confesada por un paciente, en el estado depresivo padecido, en la queja de una obsesión, se articulan la patoplastia en su despliegue vital, y lo patogenético en la dinámica del proceso que configuraba el síntoma.

En el momento actual, un camino fértil de esta evolución, lo constituye una transformación del concepto de síntomas y la intervención activa del sujeto con su historia en el aparecer de ese síntoma frente a sí mismo y al otro. Emerge, de esta manera, en la relación intersubjetiva, anclada en la polisemia y variabilidad del discurso transferencial una globalidad que se resiste a segmentaciones didácticas y a la violencia de una epistemología que fragmente –para conocer– el encuentro temporal con el paciente.

Patoplastia no se restringe ya a un modo exterior del mostrarse, sino que traduce el poder de la subjetividad a través de sus éxitos, frustraciones y del deseo de organizar el síntoma.

Estas transformaciones, en el devenir de un concepto, no anulan sus momentos anteriores, sino que los respetan en los valores heurísticos que ellos representaron y que todavía tienen.

## Patogénico y patoplástico en los trastornos de personalidad

---

Los conceptos clásicos de la psiquiatría, a lo largo de su historia, el de la patoplastia y patogénesis, no podrían estar ausentes en un texto destinado a los trastornos de personalidad. La historia de sus implicaciones y doctrinas se asocia, necesariamente, a lo que un trastorno de personalidad expresa como vivencias y comportamientos.

Definiremos estos conceptos, su génesis, su naturaleza y cómo se implican en el trastorno mental.

El escenario de su emergencia confrontacional es el siglo XIX, momento en el que la tecnología basada en la concepción científica natural contribuía a la comprensión de las enfermedades gracias al microscopio, las autopsias y los descubrimientos bacteriológicos. Lo anterior, volvía asimilable fácilmente el concepto de pathos, permitiendo que los estudios de anatomía patológica accedieran, con más propiedad, al origen de las enfermedades. Analogía histórica que legitima, para esa época, los trastornos mentales como enfermedad. El universo de la psicopatología que removerá el siglo XX con el concepto de psicogénesis –concepto inconcebible para un somatólogo fundamentalista y reduccionista– asumía que la patogénesis de una enfermedad, cualquiera fuera su naturaleza, era no sólo disfunciones del soma en su estructura o funcionamiento, sino una manera de configurarse desde la personalidad.

Lo patogenético es, básicamente, una remisión al soma en su primera acepción, pero el concepto admite cualquier factor que determine causalmente la enfermedad.

Será lo patoplástico el modo de configurarse la forma y evolución de un cuadro sintomatológico; aquello que, sin generarlo, le otorga textura, modo expresivo, intensidad y variaciones.

El curso posterior de los términos se debate entre ponderar el peso que tiene el trastorno en un mecanismo causal, y una función expresiva que le da la forma a su existencia y su pronóstico.

Si excluimos el término pathos –para abandonar su contingencia histórica en el siglo XIX– nos encontramos con la alternativa del origen, ya causal o motivacional, de una forma de comportamiento y su expresión formal en el conducirse un sujeto.

Ante los trastornos de personalidad este problema sigue vigente aún como una disyuntiva entre el temperamento (constitución) y el desarrollo del individuo que, bien ponderados, pueden dar cuenta de su situación comportamental y de su vida en general.

Hoy diríamos que desde los neurotransmisores (patogenético) hasta el entorno psicosocial en la evolución de la subjetividad (patoplástico), deben ser discernidos con miras a prevención, tratamiento y rehabilitación.

La disyuntiva debe mantenerse como tal, aún cuando ha sido tentador omitirla siempre en la elección de una u otra para una explicación “total” del trastorno. De ese modo oscila el trastorno bajo distintos responsables en su origen.

O es una genética heredada –por lo tanto fatalidad– o un ambiente nocivo al que el sujeto no ha podido enfrentarse adecuadamente, por lo tanto libertad no bien manejada.

Admitida la disyuntiva, el ejercicio que implica la praxis de su tratamiento es la ponderación de los factores para establecer cuándo debe ser asumido y cuándo puede ser superado.

Patoplástico y Patogenético no solo señalan horizontes epistemológicos para esclarecer un trastorno de personalidad concreto, sino que señalan las direcciones prácticas para su tratamiento. Epistemología y praxis se anudan, emergiendo así el trabajo cotidiano que el clínico realiza con estos pacientes.

Hemos querido en estas líneas delimitar conceptos que subyacen a la Psiquiatría y Psicología Clínica y que, en forma implícita o explícita, dan razón al éxito o fracaso de nuestras acciones.

Dejamos para otra ocasión los cuestionamientos teóricos que hoy se realizan en las neurociencias, en la genética molecular y la psiquiatría comunitaria que, aunque fascinantes, exceden el propósito de este texto.

## Capítulo 8

### ALTERACIONES FUNCIONALES EN PACIENTES LIMÍTROFES DETECTADAS CON SPECT CEREBRAL

■◆ *Cristián Prado Matte*

A partir del estudio en una muestra de 18 pacientes en condiciones basales, y 34 pacientes con diagnóstico de Personalidad Límite sometidos a estimulación cortical mediante el test de Wisconsin (Criterio DSM IV), se evalúa la función (flujo) cerebral mediante Neurospect con HMPAO Tc 99m.

Los resultados de flujo cerebral se expresan estadísticamente en un mapa paramétrico (desviación estándar sobre el promedio de base de datos normativos para edad correspondiente). Se consideran significativos únicamente valores inferiores a dos desviaciones estándar. Sobre este mismo mapa paramétrico se proyecta una plantilla de áreas de Brodmann para precisar la localización de las alteraciones observadas. Se expresan los resultados como porcentaje de la superficie del área de Brodmann hipoperfundida y se compara, en una población inyectada en estado basal (n=18) y otra (n=31) durante la activación, mediante prueba de Wisconsin.

Destaca como paradójica la hipoperfusión inducida por la activación en las áreas cíngulo anterior (área 24) en ambos hemisferios, seguidas en importancia por área subgenual (área 25), área 40 y área 32 en el hemisferio izquierdo, y área 28 en hemisferio derecho. Posteriormente, existe hipoperfusión de áreas 28 y área 36 en hemisferio izquierdo, área M\* y área 44 en ambos hemisferios, y áreas 32,9 y 46 de Brodmann en hemisferio derecho.

Del análisis anterior se deduce una correlación estadísticamente significativa entre la función frontal y la dimensión del trastorno límite de personalidad. Particularmente, la correlación se observa entre la desmotivación frente al cambio de planes y el displacer y la pérdida de sentido de la tarea durante la frustración que provoca el cambio de estrategias en la tarea (Wisconsin). Las áreas 24, 25 y 32 de Brodmann se muestran involucradas



en los cambios de planes y en la resolución de problemas, debido al componente motivacional de éstas estructuras señaladas por la literatura. Otras áreas, (corteza dorsolateral prefrontal) involucradas en las actividades ejecutivas y en la inteligencia superior también muestran cambios bajo estas circunstancias. Ambos hechos pueden ser observados en la clínica y en la biografía de los pacientes límites, la que se muestra, al decir de Otto Kernberg, con múltiples descarrilamientos.

## Introducción

---

El trastorno límite de la personalidad tiene un espacio propio dentro de la semiología psiquiátrica desde antes de Pinel (1801), pero fue Kraepelin en 1905, y Kurt Schneider, en 1923, quienes popularizaron los conceptos de personalidad psicopática y personalidad anormal, formalizando el diagnóstico de los que más tarde constituirían los trastornos de personalidad.

Una impresión compartida por distintos investigadores es la de que estos cuadros han sido poco investigados por las neurociencias por ser parte del Eje II del DSM IV y es por ello que, desde este trabajo, se intenta hacer un aporte en el estudio biológico de esta patología (Siever.L.,1997, Silva,H.,1997).

Existen consensos valiosísimos que permiten, en muchas ocasiones, avanzar en el trabajo conjunto de la comprensión de los trastornos de personalidad, como es el caso del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). El uso del término personalidad limítrofe o borderline en el DSM IV es un criterio fenomenológico-descriptivo que está basado en la investigación empírica de Gunderson y sus colaboradores. Tiene la ventaja de ser una lista de síntomas descriptivos, fácilmente diagnosticables y útiles para hacer definiciones operacionales e investigación empírica.

La prevalencia de los trastornos de personalidad límite según el DSM IV corresponde un 2% de la población general, cifra que aumenta al 10% de los consultantes ambulatorios de psiquiatría y un 20% de los hospitalizados en la misma especialidad. Este hecho manifiesta la necesidad de avanzar por diversas vías en una patología que produce un grado de sufrimiento importante para los pacientes y/o sus familiares.

Aparentemente hay una importante carga genética en esta patología. Este tipo de diagnóstico es 5 veces más frecuente entre los parientes biológicos de primer grado que en la población general. En estas familias hay también diagnósticos frecuentes de personalidad antisocial, desorden afectivo y sintomatología secundaria al uso de sustancias psicoactivas. La Tabla N° 1 describe el diagnóstico de la personalidad límite.

TABLA N° 1 • Grupo B • **F60.31 Trastorno límite de la personalidad (301.83)**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. NOTA: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). NOTA: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los rasgos esenciales de la personalidad límite corresponden a pautas de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, los afectos, y una marcada impulsividad que comienza en la temprana vida adulta o en la juventud y está presente en una variedad de contextos. Estos individuos muestran importantes síntomas tales como, la impulsividad en áreas que son potencialmente autodañinas, inestabilidad del ánimo, sentimientos crónicos devasivos, inapropiada e intensa rabia o dificultad en controlar la ira.

Una visión biológica de la mediación fisiopatológica de esta entidad clínica nos lleva a considerar los sistemas de neurotransmisión cerebral, donde se subrayen los rasgos conductuales que son compartidos por diferentes patologías, tales como los trastornos de personalidad descritos en el grupo B y en la depresión mayor del DSM IV. Ambas entidades muestran una alta correlación con intentos suicidas y baja respuesta a los test de fenfluramina (hay una significativa disminución de secreción de prolactina después de la administración de fenfluramina), observación relacionada por los niveles 5HIAA del líquido céfaloraquídeo (metabolito de la serotonina) donde los bajos niveles están asociados con intentos suicidas, más que con depresión. Sin embargo, ambos rasgos sugieren una baja actividad serotoninérgica asociada con una pauta conductual (Siever, L., Frucht, W., 1997). Otro estudio vinculado a una pobre respuesta a la prolactina demuestra la presencia de conductas agresivas (auto y hetero agresión) e irritabilidad, pero no ansiedad ni otros síntomas.

Estos hechos indican que los pacientes con sistemas serotoninérgicos disfuncionales tienen mayor tendencia a la auto y heteroagresión, característica frecuente de observar en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

También la noradrenalina participa en la agresividad, mediatizando la reactividad de la persona con su entorno; es esta sustancia la que hace que nuestro ambiente sea más vívido, aumentando los contrastes. Existen estudios en animales que demuestran que se requiere de un sistema noradrenérgico intacto para ver incrementada la agresividad frente a una baja serotoninérgica (E.F.Coccaro y cols., 1989).

Cuando el sujeto vuelve al interior de sí mismo en el sueño, la alimentación o el aseo, el sistema noradrenérgico se silencia, mostrando ser este sistema también un regulador de ritmos.

Los estudios relativos a responsividad en el sistema noradrenérgico se han efectuado mediante la respuesta de la hormona de crecimiento al uso de clonidina (los pacientes depresivos producían menos hormona de crecimiento en relación a los controles sanos frente al uso de clonidina).

Desde esta perspectiva, en la Tabla N° 2, se presentan los dos sistemas de neurotransmisión, (serotoninérgico y noradrenérgico) donde la hipo-reatividad –en ambos sistemas– podría corresponder a pacientes severamente depresivos con un alto riesgo de suicidio. Aquí las funciones noradrenérgicas y serotoninérgicas están disminuidas con el consiguiente descontrol de impulsos agresivos sin poder dirigirlos al exterior pudiendo emerger el autocastigo.

Otra situación podría corresponder, bajo el cuadro anterior, a una hiperactividad noradrenérgica e hipoactividad serotoninérgica, determinando que los pacientes se involucren intensamente con el ambiente, transformando la autoagresividad en heteroagresividad (los pacientes borderline frecuentemente pasan de un estado a otro y, sobre la base explicativa de idealización-desvalorización o manipulación, interactúan patológicamente con las personas significativas).

El cuadro superior derecho podría corresponder a la presencia de excesiva autoprotección (ideas obsesivas y actos compulsivos de protección corporal).

El cuadro inferior derecho está asociado a elevada reacción al ambiente con síntomas ansiosos, evitativos, o rasgos ansiosos de la personalidad. Ambas situaciones son parte de los elementos descritos por O. Kernberg (1987) como “panneurosis” del paciente límite.

No se puede dejar de lado la participación de la dopamina, en particular al receptor D4, que se ha sido ligado al rasgo conductual “buscador de novedades”, esgrimido por Cloninger (1998), que se ve más frecuentemente en la clínica de pacientes límites.



TABLA N° 2 • **Sistemas de Neurotransmisión noradrenérgico y serotoninérgico: manifestaciones conductuales**

		SEROTONINA	
		HIPOREACTIVO	HIPERREACTIVO
NOREPINEFRINA	HIPERREACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducida responsividad al ambiente, agresión autodirigida que llevaría a intentos suicidas.</li> <li>• Reducción a la sensibilidad al dolor.</li> <li>• Alteraciones neuroendocrinas.</li> <li>• Cambios en ciclos circadianos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraimiento.</li> <li>• Síntomas obsesivos o</li> <li>• Rumiación.</li> <li>• Síntomas de protección Corporal.</li> </ul>
	HIPOREACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresión externa.</li> <li>• Conducta de riesgo.</li> <li>• Búsqueda de novedades.</li> <li>• Excesiva reactividad al ambiente asociada a actividad impulsiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reactividad aumentada al ambiente que se asocia con síntomas ansiosos evitativos o rasgos ansiosos de la personalidad.</li> </ul>

*Modificado de Siever and Frucht, 1997*

Finalmente, en este ámbito vale la pena señalar la participación del sistema colinérgico (la antítesis del noradrenérgico), que influye en el comportamiento animal inhibiendo las conductas exploratorias, pareciendo jugar un rol decisivo en los pacientes límite que presentan bruscos e intensos, pero breves, cambios de humor. Tal situación se anula cuando se les inyecta fisostigmina que estimula el sistema colinérgico por inhibición enzimática (Siever L., Frucht, W., 1997).

En el presente trabajo utilizaremos el análisis de tres de los cinco circuitos frontales subcorticales, correspondientes al circuito dorsolateral prefrontal, asociado a funciones de inteligencia superior, el circuito cingulado anterior, asociado a la motivación cognoscitiva y motora y el circuito órbita frontal subcortical, asociado a la afectividad.

La descripción de los diversos constituyentes de estos circuitos, como asimismo su significación funcional, ha sido detallada ampliamente en "Alteraciones funcionales cerebrales en depresión mayor demostradas con Neurospect basal y de estimulación frontal" (<http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/3/pradoia.htm>).

El propósito de este trabajo es el de correlacionar alteraciones funcionales, observadas en estado basal y en activación frontal mediante prueba de Wisconsin, demostrada por Neurospect de perfusión cerebral.



Se plantea, a la luz de lo antes referido, una hipótesis de trabajo con la metodología respectiva, describiendo los instrumentos a usar, poniendo énfasis en las técnicas de Neurospect y Test de Rorschach que se plantean como alternativas de apoyo clínico. Esto tiene por objeto aportar a la comprensión de la conducta humana, intentando correlacionar estructura y función.

Los objetivos específicos atienden a precisar puntos de reparo destacados en la semiología del paciente límite comparado con las disfunciones frontales en general.

## **Metodología**

---

### **Muestra clínica**

La muestra corresponde a dos grupos que incluyeron pacientes de ambos sexos con edades entre 18 y 50 años. El primero comprendía un grupo de 18 pacientes (edad promedio 34 años), 12 hombres (edad promedio 32 años) y 6 mujeres (edad promedio 37 años). A ellos se les efectuó Spect cerebral con HMPAO con Tecnecio 99mm en condiciones basales (Grupo 1). El segundo grupo estaba formado por 31 pacientes (edad promedio 34 años), 21 hombres (edad promedio 31 años) y 10 mujeres (edad promedio 36 años) a quienes se les efectuó el mismo examen, pero en condiciones de estimulación mediante el test de Wisconsin (Grupo 2). El test de Wisconsin fue efectuado por el computador.

### **Instrumentos para la selección de la muestra. Entrevista clínica**

Se efectuarán 4 sesiones, en una de las cuales se contó con información de tercero(s) cercano(s) al paciente.

Es realizada por el médico psiquiatra, considerando la semiología (Tabla N° 1) descrita por el DSM IV, seleccionando los aspectos descriptivos de la entrevista inicial, investigando los síntomas que trae el paciente al tratamiento (Siever L.,Frucht,W.,1997) sin llegar a plantearse la entrevista estructural (O. Kernberg) que puede psicotizar al paciente.

Se toma en cuenta, al respecto, lo señalado en el CIE 10: " La evaluación ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible y que a menudo se requiere realizar más de una entrevista y recopilar datos de anamnesis de varios informadores" . Por su parte, el DSM IV, hace hincapié en que el diagnóstico de los trastornos de personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, valorándose la estabilidad de los rasgos de la personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes.

Debe, además, considerarse lo planteado por Gazzaniga (1998) en relación al registro de los " falsos recuerdos" y la interpretación permanente de los hechos que realiza el

hemisferio izquierdo, a veces en forma fabulada, para mantener la homeostasis psíquica del sujeto, lo que en estos pacientes se espera sea un hecho más que relevante.

Se tiene presente además que, en muchos aspectos este tipo de pacientes funcionan en la consulta médica como los pacientes con alteraciones orgánico-frontales, es decir, sin aportar mayores antecedentes respecto de su conducta, haciéndolo en contextos externos a la consulta, donde se aprecian las conductas de utilización del medio y las conductas de imitación (Cummings,J.,1993).

## **Test de Rorschach**

Como apoyo diagnóstico se solicitó este test proyectivo donde el paciente entrega información en forma ingenua (sin saber qué revela con sus respuestas) y aporta además datos sobre modalidades de conducta específicas, asimilables a "funciones frontales". El test de Rorschach entrega datos cualitativos y cuantitativos que sugieren trastorno de la personalidad y posibilitan, en forma indirecta, ver generalidades sobre la presencia de daño orgánico cerebral, sobre la inteligencia y permite observar también tendencias ligadas a la "oralidad" o conductas impulsivas. Permite además detectar pacientes que cumplan con los criterios de exclusión.

El test es aplicado por una psicóloga experta en Rorschach, que desconoce el diagnóstico de los pacientes que pasan a ser parte de un universo mayor a la muestra a estudiar.

## **Criterios de exclusión**

Se excluye pacientes que tengan diagnóstico adicional de depresión mayor, esquizofrenia, trastornos orgánicos mentales (de causa médica o inducidos por drogas), deficiencia mental, enfermedad maniaco depresiva, demencia, el síndrome pre-menstrual y la depresión estacional.

Se excluye además los trastornos de personalidad del Grupo A y C del DSM IV.

## **Test de Wisconsin**

Durante el examen Spect se aplicó el test de cartas de Wisconsin a 31 de los pacientes (10, 21), consistente en 128 preguntas como máximo, en series de 10 respuestas correctas consecutivas, luego de cada una de las series se modifica la estrategia, debiendo ser advertida y definida por el paciente.

La selección de cartas la efectúa el computador con el objeto de discriminar la variable humana. De la misma forma, la velocidad de respuestas y los resultados para comparación con base de datos normativos de individuos de la misma edad, sexo, dexteridad y nivel de instrucción, lo define el computador.



El test se usa en este estudio para producir, en forma estándar, las condiciones de frustración que provocan los cambios de planes o estrategias de respuesta frente a la prueba. Se busca, de esta manera, emular lo que ocurre en la vida cotidiana del paciente y se administra el medio de contraste radioactivo exactamente en el momento de la modificación de las pautas para conseguir la respuesta correcta.

## **Método de Neurospect-Preparación del paciente**

El paciente debía suspender medicación antidepresiva por lo menos 5 días antes de efectuar el examen de Neurospect y desde 24 horas antes evita el consumo de té, café, chocolate y bebidas cola (22). A excepción de estas limitaciones, el examen de Neurospect se efectuó bajo condiciones normales de alimentación.

## **Contraindicación**

Técnica de inyección del radiofármaco, técnica de adquisición y procesamiento del Neurospect, se empleó criterios utilizados en publicación anterior

*\*<http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/3/pradoia.htm>.*

## **Cuantificación de la extensión de hipoperfusión en cada área de Brodmann**

Con objeto de definir con alta reproducibilidad la localización exacta de áreas de hipoperfusión observadas en el trastorno límite, se procedió a confeccionar una plantilla mediante el programa Corel Draw 8 en 24 áreas de Brodmann por hemisferio, involucradas en actividades conductuales y de lenguaje, basados en las condiciones clínicas y experimentales (sobre funcionalidad cerebral y patología por áreas). Se emplearon las áreas de Brodmann como punto de referencia en la confección de la plantilla. Estas áreas son proyectadas automáticamente por el computador sobre las imágenes del Neurospect en su presentación rostral, lateral derecha e izquierda y ambas caras mesiales hemisféricas en las figuras cerebrales tridimensionales obtenidas. La proyección de esta plantilla es automática, por lo cual la predicción de los resultados es de 100%.

Por consenso de los dos investigadores se estimó el porcentaje de cada área de Brodmann que aparecía hipoperfundida y demostrada por el color azul en la imagen; estos resultados se expresaron en el porcentaje del área de Brodmann que, se estimó, estaba comprometida.

## Análisis estadístico

El análisis de distribución de edad y sexo en ambas poblaciones estudiadas, estudios basales y de estimulación frontal, mediante la prueba de Wisconsin, se efectuó mediante la prueba de Fisher. La comparación de resultados basales obtenidos con los resultados de prueba de Wisconsin se efectuó mediante la prueba de Kruskal-Wallis con la corrección de Pocock para comparaciones múltiples en muestras dependientes. Se consideraron como resultados anormales aquellas áreas que demostraron diferencia significativa entre el estudio basal y con prueba de Wisconsin con un valor P inferior a 0.05.

TABLA N° 3 • Distribución de indicadores por área y grupo

Área	N	Condiciones Basales			Activación Test de Wisconsin				
		Promedio	Varianza	D. Est.	N	Promedio	Varianza	D. Est.	P.Value
24D	18	-23.889	754.575	27.470	31	-64.839	1239.140	35.201	<b>0.0003</b>
24I	18	-16.667	541.176	23.263	31	-45.806	811.828	28.493	<b>0.00005</b>
32D	18	-7.778	135.948	11.660	31	-20.323	556.559	23.592	0.031
32I	18	-6.556	302.967	17.406	31	-25.161	719.140	26.817	<b>0.006</b>
28D	18	-40.000	1223.556	34.979	31	-64.839	859.140	29.311	0.05
28I	18	-50.556	1229.085	35.058	31	-70.000	940.000	30.659	0.02
25I	18	-20.000	1223.529	34.979	31	-50.968	1842.366	42.923	<b>0.006</b>
9D	18	-15.556	402.614	20.065	31	-29.032	429.032	20.713	0.016
36I	18	-51.111	1139.869	33.762	31	-69.032	1315.699	36.273	0.05
46D	18	-16.667	1329.412	36.461	31	-34.516	1325.591	36.409	0.046
40D	18	-7.222	444.761	21.090	31	-21.290	864.946	29.410	0.04
40I	18	-11.111	269.281	16.410	31	-27.742	544.731	23.339	<b>0.005</b>
44D	18	-11.667	591.176	24.314	31	-28.387	693.978	26.343	0.016
44I	18	-32.222	971.242	31.165	31	-55.806	1311.828	36.219	0.013
M*D	18	-5.556	626.144	25.023	31	-16.774	282.581	16.810	0.033
M*I	18	-2.778	538.889	23.214	31	-13.548	363.652	19.070	0.042

\* Área M corresponde, arbitrariamente, a la visión rostral de la corteza dorso lateral prefrontal.

\*\* En esta tabla se consideraron las áreas con  $P < 0.05$ , excluyendo los valores superiores para claridad del lector.

### Tabla N° 3. Análisis estadístico de comparación de Spect Basal vs. NeuroSpect durante prueba de Wisconsin

Demuestra mayor significado estadístico en Cingulado anterior (**área 24**) en ambos hemisferios, seguidos en importancia por área subgenua (**área 25**), **área 40** y **área 32** en el hemisferio izquierdo, y **área 28** en hemisferio derecho. Le siguen **área 28** y **área 36** en hemisferio izquierdo, **área M\*** y **área 44** en ambos hemisferios, y **áreas 32, 9** y **46 de Brodmann** en hemisferio derecho.

\* Área M corresponde, arbitrariamente, a la visión rostral de la corteza dorso lateral prefrontal.



## **Análisis de la localización de los resultados de hipoperfusión inducidos por el test de Wisconsin**

---

Como puede apreciarse en la Tabla N° 3, las áreas de Brodmann con hipoperfusión más significativas en el estudio comparativo corresponden, de mayor a menor, a cíngulo anterior (izq.  $P < 0.00005$  - der.  $P < 0.0003$ ) en ambos hemisferios, seguidos en importancia por área subgenua (área 25) ( $P < 0.006$ ), área 40 ( $P < 0.005$ ), área 32 ( $P < 0.006$ ) en el hemisferio izquierdo y área 28 ( $P < 0.05$ ) en hemisferio derecho. Le siguen área 28 ( $P < 0.02$ ) y área 36 ( $P < 0.05$ ) en hemisferio izquierdo, área M\* (izq.  $P < 0.042$  - der.  $P < 0.033$ ) y área 44 (izq.  $P < 0.013$  - der.  $P < 0.016$ ) en ambos hemisferios, y áreas 32 ( $P < 0.031$ ), 9 ( $P < 0.016$ ), y 46 ( $P < 0.046$ ) de Brodmann en hemisferio derecho.

## **Interpretación de los resultados significativos**

---

### **Área M**

Corresponde a la proyección anterior del área dorsolateral prefrontal, la que está relacionada con la inteligencia superior. La inteligencia, de acuerdo a Wechsler, sería la capacidad total, global o agregada (pues corresponde al producto de distintas habilidades), para pensar racionalmente, actuar con propósito y para lidiar efectivamente con el medio.

Normalmente esta área se estimula aumentando el flujo sanguíneo frente a las exigencias del Test de Wisconsin, y en este caso, muestra una disminución comparativa con los Spect tomados en condiciones basales. ( $P < 0.033$  en hemisferio derecho y  $P < 0.042$  en hemisferio izquierdo).

Una de las características conductuales descritas en las personalidades límites es la variación en notables episodios, con mal rendimiento social, ocupacional o relacional. Estas conductas disruptivas se asocian, generalmente, a la frustración sentida por el paciente frente a eventos personales o externos, a veces de pequeña monta, pero que llevan a una biografía llena de brechas desadaptativas. Este hecho se advierte incluso en pacientes de C.I. superior, que sin duda, en el momento de las crisis, se desperfila. Para O. Kernberg, (1987) el paciente "se descarrila".

Otra dificultad de los pacientes límites es la incapacidad de jerarquizar en la vida cotidiana; tal jerarquía supone una adecuada percepción de los detalles emocionales y su ponderación en una globalidad estructurada. En períodos de estrés, donde la afectividad estaría más comprometida, su responsividad sería aún más impredecible. Esta dificultad para ponderar el peso emocional con fines adaptativos es más grave y permanente en la esquizofrenia. En forma similar a los pacientes límites, en la esquizofrenia el área dorso lateral prefrontal disminuye el flujo cerebral mientras se someten al Test de Wisconsin.

Para el DSM IV los pacientes límites presentan una mejoría alrededor de los 40 años y antes de esa fecha presentan una suerte de impermeabilidad al cambio difícil de romper (dificultad para flexibilizar conductas o mantener patrones estables de comportamiento, DSM IV). Uno de los motivos por los cuales se encuentra un terapeuta con el paciente es la crisis, como ocurre con la muestra estudiada, tiempo en el cual el circuito en estudio estaría disfuncional. Uno podría inferir que el paciente tiene un pobre recuerdo de información, tanto remota como reciente, particularmente de hechos que nuevamente le están dañando y, por ello, podríamos decir que no aprenden de la experiencia. Ana Freud (1995) nos diría que hay mecanismos de defensa como la negación o intelectualización, y Gazzaniga (1998) nos recordaría que los seres humanos tenemos un 98% de nuestras percepciones en forma automática, estando el hemisferio izquierdo siempre presto a explicar los hechos desde su ángulo limitado de observación influenciado por registros falaces de la memoria.

Otra característica del funcionamiento de estos pacientes se aprecia cuando desarrollan adicciones, donde se ha descrito disfunción dorso lateral prefrontal y se harían más evidentes las conductas de utilización del medio y las de imitación. Ambas conductas pueden ser adaptativas en sujetos normales, por ejemplo el consumismo como imitación o el seguir las tendencias de la moda. Sin embargo, en los pacientes límites, esto se expresa en compras compulsivas, excesos en el juego, sexo promiscuo o consumo de sustancias.

Para Gazzaniga, la memoria contiene registros influenciados por las circunstancias emocionales en el momento de su codificación. Por ende, frente a nuevos eventos, el cerebro los procesa cotejándolos con lo previamente registrado.

Cabe señalar la visión pionera de Freud, quien describe esta condición como un momento en el que la percepción vendría a re-catectizar (o cargar) las huellas mnésicas, adquiriendo así un significado eminentemente individual. Ambos investigadores coinciden en destacar la dificultad de cambiar de opinión o flexibilizar los juicios respecto de los estímulos percibidos. Esta condición es muy evidente en los pacientes límite, lo que se manifiesta en forma característica como un enfrentamiento rígido y polarizado en sus relaciones afectivas, en donde tienden a sobrevalorar y/o devaluar en extremo al otro (DSM IV). Este fenómeno tendería a atenuarse después de los 45 años. A esta edad el hemisferio derecho adquiere más preponderancia, lo que se refleja en un mayor sentido común (entendiendo como tal, la habilidad para captar las claves sociales y ambientales y responder adaptativamente) y también una mayor capacidad de estructurar en una globalidad. Es necesario poner énfasis en que lo descrito correspondería funcionalmente al circuito dorso lateral prefrontal.

Las conductas de utilización del medio y las de imitación señaladas en la publicación anterior <http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/3/pradoia.htm>, se hacen notar claramente en el ítem del DSM IV que refiere "descontrol" en distintas áreas que son potencialmente autodañinas, como el juego, manejar en forma descuidada, consumo de sustancias o trastornos del apetito.

Finalmente en este circuito, se destaca también la capacidad de realizar tareas de atención compleja y las de guiar una conducta con el pensar, todas tareas en las que, episódicamente, se ven dificultades en la categoría de pacientes del presente estudio.



## Área 24

Corresponde al cíngulo anterior y presenta, en este estudio, una disminución del flujo ( $P < 0.0003$  en hemisferio derecho y  $P < 0.00005$  en hemisferio izquierdo). Este circuito nace en el área 24 de Brodmann y su disfunción puede relacionarse con la desmotivación (24). Esta se manifestaría como respuesta a los cambios de exigencias (DSM IV) en la forma de mutismo episódico ("taima") y marcada apatía. Además, las vivencias de "vacío" psíquico podrían anteceder a los actos más impulsivos (Lieberman, D., 1978). También es frecuente advertir en la clínica de estos pacientes la indiferencia al dolor físico en los actos autolesivos. En este sentido, vale la pena recordar la riqueza en receptores opiáceos y de encefalina inmunoreactiva de esta área (Per Roland, 1992).

## Área 32

El hemisferio izquierdo muestra una significación de  $P < 0.006$  y el derecho  $P < 0.031$ . Esta área pertenece al sistema límbico y antecede anatómicamente al cíngulo anterior y es blanco eferente del córtex órbita frontal, vinculado a los estados de ánimo (Mega, M., 1994, Cummings, J., 1994, 1995).

El sistema límbico tiene una marcada importancia en tareas de aprendizaje, bien se sabe la interrelación de cognición con emoción (Kandel, E., 1997).

## Área 28

Está ubicada en la circunvolución temporal media y corresponde en parte a la corteza entorinal y peririnal (Burnell, R., Amaral, D., 1998).

Esta área muestra una significativa diferencia ( $P < 0.02$  a izquierda y  $P < 0.05$  a derecha) y se ha vinculado a aspectos emocionales y neurovegetativos (Burnell, R., Amaral, D., 1998), situación que se acompaña en los pacientes límites con una angustia ligada a la región abdominal, torácica o en áreas de orden visceral.

Por otra parte, esta área es rica en conexiones con el hipocampo (Kandel, E., 1997) estructura que parece ser un depósito temporal de la memoria, la que posteriormente es transferida a otras áreas de la corteza cerebral para su registro duradero. Probablemente su almacenamiento se realiza en forma holonómica, y por ende, permite recordar a partir de cualquier detalle la totalidad.

Los registros mnésicos tienen, sin duda, una tonalidad afectiva y el área 28 con vinculaciones al circuito órbita frontal subcortical, ligado a los afectos y otras características de la personalidad, es un *input* importante en tal sentido.



## Área 36

El hemisferio izquierdo presenta una clara disminución del flujo comparativo, con un  $P < 0.05$  menos destacado que en las áreas anteriores y presenta conexiones con el área 28.

## Área 40

El significado estadístico de esta área a la izquierda es  $P < 0.005$  y a la derecha es  $P < 0.04$  y fue incluido junto al anterior, para ser estudiado en un próximo trabajo (Lenguaje y Patología).

Existe una correlación estrecha de esta área con la memoria de trabajo verbal. Esta función es compartida con las áreas 9, 44, 39, 46, 47, las cuales muestran significación estadística en el presente estudio.

## Área 25

Sólo el hemisferio izquierdo presenta significación estadística ( $P < 0.006$ ). Esta área está ubicada bajo la rodilla del cuerpo caloso, *Genus angularis*. Ha sido señalada por Damasio y otros (Drevets, W., 1997) por su gran vinculación con la capacidad de disfrutar con lo que se está realizando y con la anticipación positiva a los hechos u optimismo, ambas funciones estarían ligadas a la capacidad de encontrar sentido a la existencia.

Esta área se ha definido como clave en la Depresión Mayor, concordantemente con una disminución del flujo y del metabolismo, y en MRI con una disminución del volumen de materia gris.

Es muy probable que en los pacientes límites esta misma condición se acompañe de distimias.

## Área 44

También aparece significativamente disminuida ( $P < 0.016$ ) en el hemisferio derecho y un  $P < 0.013$  en el hemisferio izquierdo. Esta área, junto a las áreas 9, 40, 39, 46 y 47, participa en la memoria verbal de trabajo y fueron seleccionadas en la plantilla para establecer alguna relación con estudios futuros.

## Área 9

Junto con el área 8 de Brodmann corresponde al área dorso lateral prefrontal en su visión lateral y medial, por lo que las observaciones hechas para el área M son igualmente aplicables en el hemisferio derecho  $P < 0.016$ .



## Discusión

---

En una anterior publicación realizada por los mismos autores ([\\*http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/3/pradoia.htm](http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/3/pradoia.htm)) nos extendimos en la compleja, pero bien definida red de circuitos córtico subcorticales que participan en la conducta humana, de donde se desprende que los lóbulos frontales pueden ser vistos por su rica interconectividad, como integradores de la información entre el mundo externo y el estado interno del sujeto.

El hecho antes referido, nos hace recordar los sustanciales refinamientos sufridos por la corteza dorso lateral prefrontal en la adolescencia (Miller,L.,Cummings,J.,1999) de todos los sujetos. Las patologías que comienzan a manifestarse en esa etapa de la vida, como es la esquizofrenia y también el trastorno límite de la personalidad, probablemente inciden en las manifestaciones clínicas de sus respectivos cuadros.

Durante la adolescencia, normalmente, disminuye la conectividad de las células piramidales de la capa III de la corteza cerebral. La actividad de esta capa es modulada por inputs de circuitos locales inhibitorios GABA y fibras aferentes de dopamina (Miller,L.,Cummings,J.,1999). En el caso de la Esquizofrenia, por ejemplo, esta zona tiene una disminución del tamaño de las células piramidales en comparación con los sujetos normales.

Por otra parte, si observamos los parámetros usados en escalas de puntaje neuroconductual clásicas como las de Levin (LevinH.,1987) para lesiones cerebrales, de alta sensibilidad y especificidad, estos pueden correlacionarse con la semiología descrita por el DSM IV para el trastorno límite de personalidad, como sigue a continuación (9 de 12 ítemes alterados, destacados en negrita). Estos hechos nos permiten heurísticamente afirmar que existiría un correlato anátomo-funcional también en los pacientes límites.

- **Disminución de la iniciativa/motivación** (falta de iniciativa normal en el trabajo o en el tiempo libre, fallas para mantenerse en una misma tarea, resistencia a aceptar nuevos cambios)
- **Labilidad emocional.** Cambios súbitos en el ánimo en forma desproporcionada a los hechos (área dorsolateral prefrontal).
- **Desinhibición.** Socialización inapropiada, comentarios o acciones, incluidas las sexuales, comentarios agresivos o inapropiados a la situación, explosiones temperamentales (relacionado a área órbita frontal).
- **Hostilidad/Falta de cooperación.** Animosidad, irritabilidad, beligerancia, desdén por los demás, desafío a la autoridad (disfunción órbita frontal/dorso lateral prefrontal).
- **Excitabilidad. Tono emocional elevado,** incremento de la reactividad (órbita frontal/dorso lateral prefrontal).

- **Pobre planificación**/metas irrealistas, fallas para tomar en cuenta la incapacidad propia, pobreza en la formulación de planes para el futuro, etc. (disfunción dorso lateral prefrontal).
- **Dificultad para el INSIGHT** (translaboración). Autovaloración con exageradas opiniones sobre sí mismo o sobre o subvaloración de las capacidades personales. Diferencias en la evaluación de la personalidad entre el médico tratante v/s la familia (disfunción dorso lateral prefrontal).
- **Falta de interacción espontánea**. Aislamiento, deficiencias en la relación con los demás (áreas dorso lateral y dorso medial prefrontal y cíngulo anterior).
- **Tristeza, pesimismo, desaliento** (disfunción área 25 y cíngulo anterior).
- Retardo motor.
- Ánimo depresivo.
- Incapacidad para mantener la atención y darse cuenta de aspectos ambientales.

Finalmente, es importante señalar que esta investigación abre un área de interés para el estudio del comportamiento humano, a la luz de estos hallazgos, si bien aún preliminares en la conformación de la conducta. No obstante, los resultados obtenidos son concordantes con instrumentos diagnósticos y semiológicos y así como lo planteado por Kandel (1997) y Kaplan (1997), entre otros, se espera que la presente técnica siga dando frutos en el estudio de la conducta humana.

Por otra parte, podrá ser también un aporte a la intención de entender las neurosis y, tal vez, los trastornos de personalidad como alteraciones de la estructura y la función de circuitos específicos del SNC, mientras que los cuadros psicóticos corresponderían con alteraciones exclusivamente estructurales (como la esquizofrenia). En la génesis de estos cuadros están presentes, aparte de los factores genéticos, los factores ambientales, como la relación con los padres (De Bellis, M. y cols., 1998, Toy, I., Teicher, M., 1998), los estresores sociales, laborales, familiares, (Nilson, M., Perfilleva, E., 1999) etc. También es importante señalar que una mejoría en los factores anteriores tendría otros resultantes en la estructura y en la función cerebral. Es así como un trabajo psicoterapéutico y/o farmacológico exitoso podría revertir temporal o definitivamente los cambios señalados en los cuadros neuróticos así como también, eventualmente, en los trastornos de la personalidad. Esta última aproximación invita al estudio imagenológico pre y post tratamiento, tarea próxima a iniciar.



## Sección II

### ALGUNOS MODELOS CONCEPTUALES Y TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

---





## Introducción

---

En esta sección se revisan algunos modelos conceptuales que permiten entender los trastornos de personalidad desde diferentes perspectivas, iniciándose con la publicación de la conferencia del Doctorado Honoris Causa de Otto Kernberg (UNAB, 2003). Esta conferencia trata sobre el tema de los afectos, los que son considerados como un posible puente entre lo biológico y lo psicológico. Kernberg nos entrega un resumen de su teoría de la personalidad que diferencia reactividad y temperamento; identidad, carácter y sistema de valores. Describe a los afectos como elementos biológicos íntimamente ligados a aspectos cognitivos o psicológicos. Los afectos se ligan, desde siempre, a relaciones objetales. Luego, Kernberg resume las teorías biológicas de los afectos y cómo estas expresan, más o menos explícitamente, una ligazón con la psicología al plantear una memoria afectiva y al describir el efecto biológico del estrés en la memoria de los eventos traumáticos. En adelante, el autor integra lo dicho sobre la biología con la teoría de la personalidad, haciendo de la teoría de los afectos una teoría de las pulsiones. La estructuración normal o patológica de la personalidad aparece íntimamente ligada a aspectos biológicos, además de psicológicos, si se considera la biología moderna de los afectos.

Desde un punto de vista más sociológico, Patricio Olivos trata de explicar la percepción que, en esta época, hay un aumento en la cantidad de pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad límite o narcisista. Para ello, analiza temas como la globalización y la postmodernidad. La postmodernidad produce un sujeto humano distinto del sujeto moderno que analizó Freud. No hay un sujeto individual que se dirige hacia el progreso, hay un sujeto en permanente búsqueda de identificación externa, volcado hacia el consumo para calmar su angustia. Se crea entonces un sujeto narcisista, en el que el Superyó no se manifiesta en la prohibición, sino que es un imperativo al goce; es por eso que los pacientes límite y narcisistas son un signo de nuestros tiempos.

El siguiente artículo de Kernberg presenta una actualización de sus ideas sobre los trastornos de personalidad. Hace una discusión sobre los modelos categoriales y dimensionales de investigación; luego sintetiza su perspectiva del desarrollo de la personalidad normal, para finalizar con un modelo psicodinámico que distribuye los diversos trastornos de personalidad, algunos incluidos en el DSM IV y otros no, según un modelo de gravedad que va desde la psicosis a la neurosis, considerando las dimensiones clásicas de extraversión e introversión.

A continuación, Fernando Lolas hace un estudio teórico con el fin de establecer una perspectiva psicofisiológica de la personalidad. Es una mirada que busca la complementariedad discursiva, investigando rasgos que sean objeto de múltiples discursos. Sugiere definir rasgos a partir de la concordancia entre los tres discursos que configuran la perspectiva psicofisiológica, a saber: el fisiológico, el conductual y el vivencial considerando lo descriptivo, lo explicativo y lo predictivo. El texto rescata la visión bergsoniana que señala que la realidad o existencia de un rasgo será mayor mientras más discursos la hagan "objeto" de observación mediante distintos métodos.

El artículo de Otto Dörr, revisa los fundamentos del concepto de personalidad, considerando la personalidad anormal de Schneider y el trastorno de personalidad de la psiquiatría norteamericana. Critica los modelos categoriales por considerarlos artificiales, y a los dimensionales por considerarlos demasiado basados en elementos cuantitativos. Presenta una perspectiva fenomenológica sustentada en la tradición iniciada por Husserl (1901), pero que tiene sus raíces en la filosofía griega. Un aporte de la fenomenología al estudio de la personalidad se basa en la idea de tipos psicológicos, que puede ser estudiada desde la perspectiva de los tipos ideales y de los tipos existenciales. El autor plantea un modelo que considera una tipología con estructuras polares dialécticas, donde cada polo puede ser visto desde su contrario; propone enfrentarse al paciente considerando la positividad de lo negativo, lo que permite un concepto de psicopatología en la que ésta no es un puro déficit.

Juan Pablo Jiménez investiga la relación entre el apego de Bowlby y la conformación de los trastornos de personalidad. Fundamentalmente, problemas en el desarrollo infantil a través de la incapacidad de los padres de satisfacer necesidades de confort, seguridad y afirmación emocional, son precursores de un trastorno de la personalidad. Aunque la determinación no es directa, los sistemas de apego infantil permanecen en el tiempo y se manifiestan en todas las relaciones emocionales intensas. El autor trata también las investigaciones modernas de Main y Fonagy que distinguen distintos estilos de apego en adultos, y relacionan la capacidad de mentalizar del sujeto con la capacidad de funcionamiento reflexivo de la madre. Dicho funcionamiento tiene un efecto de reducción fisiológico del estrés infantil.

La relación entre trastornos de la personalidad específicos y tipos de apego específicos existe, pero no es directa en todos los casos, sino más bien compleja, ya que no da cuenta de todos los rasgos de los trastornos. Un diagnóstico sobre el tipo de apego parece, sin embargo, bastante relevante para el desarrollo de una psicoterapia, ya que permite hacer una predicción del estilo de alianza terapéutica que se tendrá, y el modo cómo el terapeuta puede transformarse en una base segura.

Alejandro Gómez y Carolina Ibáñez revisan las teorías cognitivo conductuales sobre los trastornos de personalidad. Primero examinan la teoría de los esquemas cognitivos, aplicada por Beck a estos trastornos. Se explican las alteraciones conductuales y afectivas de los trastornos de personalidad a través de la activación de esquemas cognitivos no adaptativos, despertándose afectos negativos, conductas evitativas y estrategias compensatorias. Los esquemas desadaptativos surgen tanto de factores innatos como



ambientales, aunque algunos autores señalan la posibilidad de que surjan de patrones relacionales, en la producción de esquemas interpersonales desarrollados desde la primera relación con la figura de apego. Considerando estos elementos, los trastornos de la personalidad pueden clasificarse –según los esquemas cognitivos dominantes–, a partir de los esquemas cognitivos tempranos. Hacen especial mención al modelo de Marsha Linehan, quien sugiere una estrategia terapéutica biosocial y dialéctica que se focaliza en los patrones cognitivos desarrollados, específicamente, en la personalidad borderline.

También publicamos una conferencia de Paulina Kernberg, en la que presenta las fases del desarrollo de Margaret Mahler desde una perspectiva bastante novedosa, ya que recurre a esquemas gráficos de la organización psíquica de cada una de las fases y cómo éstas determinan la psicopatología.

En el capítulo de Luis Gomberoff, se señala la importancia de la adolescencia en la construcción final de la personalidad. Recorre la latencia, la pre adolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia propiamente tal, la adolescencia tardía y la post adolescencia. El autor trata temas que, habitualmente, se consideran en relación a la adolescencia, como lo son las conductas impulsivas, la vergüenza, la relación con los grupos y el desarrollo de la moralidad. Teniendo en cuenta estos elementos, –en conjunto con factores sociales–, se entienden de otra manera temas tan complejos como la violencia juvenil.

Finalmente, María Isabel Castillo, Ximena Tocornal y María Paz Vergara, estudian cómo los traumatismos severos pueden tener impacto en el desarrollo de trastornos de personalidad en los sujetos. Dan énfasis a la configuración de la personalidad de adolescentes, que son segunda o tercera generación de familias que experimentaron directamente la violencia política en Chile. Hay un efecto de transmisión del daño producido por aquella violencia que, por su magnitud, no puede ser integrada y sistematizada por la mente. Las autoras se preguntan: ¿Cómo se desarrolla la personalidad del sujeto que ha sufrido traumatización severa? ¿Cómo se desarrolla la personalidad de sujetos que han sido torturados, que vivieron la desaparición de sus padres o que se exiliaron? Se consideran las ideas de Winnicott, quién postula que, si el trauma ocurre en una época en la que el niño vive una relación en la que la madre permite la emergencia de la subjetividad, se puede provocar una falla que puede ser relativa en la estructura de la personalidad y la organización yoica.



## Capítulo 9

### LOS AFECTOS COMO PUENTE ENTRE LO PSÍQUICO Y LO BIOLÓGICO\*

---

■◆ *Otto Kernberg*

Señor Rector, Señores Decanos, Señores Directores, profesores, alumnos distinguidos colegas, amigos, todos los presentes:

Es un extraordinario honor ser objeto de esta manifestación, ser nombrado Doctor Honoris Causa de esta prestigiosa Universidad.

Es difícil expresar en palabras las emociones que siento y quiero limitarme a decir que me doy cuenta que, no sólo es un extraordinario honor sino también, una responsabilidad de continuar mis esfuerzos, mi labor junto con los colegas de la Escuela de Psicología y de tratar de ayudar en nuestro intercambio y aprendizaje mutuo a desarrollar el campo de la psicología, en el terreno específico en que puedo contribuir: Psiquiatría Dinámica y Psicoanálisis.

Quisiera en esta conferencia hacer una revisión general de los afectos como los concebimos hoy en día.

### La Teoría de los Afectos

---

El interés de la Teoría de los Afectos está en que éstos son uno de los elementos que constituyen un puente entre lo físico y lo psíquico; entre el cuerpo y la mente; entre neurobiología y psicodinámica. Desde ese punto, nos ayudan a entender mejor las relaciones entre cerebro y mente. Es un problema no resuelto, y al que solo estamos acercándonos gradualmente a comprender mejor las relaciones, los mecanismos, las interacciones. Trataré de contribuir en resumir lo que sabemos en torno al particular terreno de los afectos.

---

\* Conferencia dictada por el Dr. Otto Kernberg en la recepción del Doctorado Honoris Causa de la Universidad Andrés Bello (Enero, 2003).

Al mismo tiempo, es claro que los afectos, los sentimientos y los estados de ánimo son un aspecto esencial de la vida cotidiana normal y patológica. El decir qué son los afectos parece obvio: desde el sentido común, los afectos son las experiencias subjetivas de placer o de dolor. También parece obvio que estas experiencias de placer o de dolor tienen una implicación motivacional, nos mueven hacia aquello que es placentero, nos tratan de evitar o de alejarnos o protegernos de los que nos da dolor.

Pero, cuando vamos más allá de lo obvio, a cuestiones más fundamentales de función, estructura u origen, se presentan preguntas complejas de respuesta difícil.

¿Hay afectos sin contenido cognitivo intelectual?, ¿existe el afecto puro?, ¿cuál es la relación entre afecto y pensamiento, entre afecto e idea?, ¿qué son los afectos, qué no son?

Llama la atención que una de las experiencias emocionales más importantes de la vida humana, la excitación sexual, el erotismo, no figura en los textos modernos sobre los afectos. Ni siquiera la pregunta que acabo de formular figura en ellos y cabe la sospecha hasta qué punto nuestros conflictos e inhibiciones respecto de la vida sexual, también, limitan a los científicos serios que se preocupan de estudiar los afectos.

¿Cuál es el origen de los afectos? Si bien las neurociencias han avanzado enormemente, voy a tratar de resumir brevemente donde estamos hoy en día en este sentido.

Ustedes verán que las teorías psicodinámicas, las teorías psicológicas de la función de los afectos en la vida de los individuos, están todavía en planos bastantes preliminares y toda la estructura de la dinámica mental de los afectos esta todavía en un proceso de exploración.

Las neurociencias estaban muy retrasadas respecto de las teorías psicológicas, considerando que las contribuciones de Freud son muy anteriores a las neurociencias modernas. En los últimos 20 años, sin embargo, las neurociencias han avanzado en forma tan fantástica, que han ganado la delantera en este terreno. De cualquier forma necesitamos explorar los dos polos, físico y psíquico.

## **Personalidad, temperamento, carácter, identidad, sistema de valores e inteligencia**

---

Para empezar, permítanme una breve definición de lo que es personalidad y sus componentes. Personalidad es un concepto general, cubre todos los aspectos psicológicos de la persona humana, todo lo que nos diferencia unos de otros, al mismo tiempo que señala los aspectos comunes de lo que es el ser humano.

Hablamos de temperamento para referirnos a las disposiciones innatas, genéticamente dadas, representadas constitucionalmente, en otras palabras, de lo que va a formar parte de la personalidad. El temperamento es la reactividad general de la persona que se

manifiesta desde el nacimiento, es así como las diferencias de bebés, en cuanto a su temperamento, también son obvias para todas las madres.

La reactividad, especialmente, es afectiva, la intensidad de estas manifestaciones, su ritmo y el umbral de activación varía de persona en persona. Hay bebés muy tranquilos, hay bebés irritables, hay bebés flemáticos, hay bebés contentos y otros que nunca dejan de quejarse.

El temperamento, sin embargo, también incluye aspectos cognitivos, es decir reactividad cognitiva. Ella es representada por la capacidad de enfocar sobre aspectos cognitivos, en contraste con ser controlado por presiones afectivas, de enfocar en el sentido de establecer prioridades en torno que enfocamos cuando se presentan múltiples aspectos sobre la realidad y de resolver contradicciones. De modo que el temperamento incluye aspectos afectivos y cognitivos, si bien lo afectivo es dominante.

El temperamento y la activación afectiva relacionan al individuo con los demás, con todas las otras personas que constituyen el mundo interpersonal, técnicamente se denominan relaciones de objeto. En esas interacciones se establece un conocimiento de la realidad, de las relaciones, del mundo externo que determina patrones habituales de conducta, patrones que van a constituir el carácter. El carácter, como organización dinámica de los patrones habituales de conducta, deriva de la interacción entre temperamento y relaciones de objeto.

Al mismo tiempo, se establece una subjetividad que organiza la vida afectiva, de relaciones con los demás y que llega a constituir lo que llamamos, la identidad.

La identidad consiste en un concepto integrado del sí mismo y un concepto integrado de las personas más importantes que nos rodean, el mundo objetual, y damos por sentado que la identidad es un aspecto esencial y normal del individuo. Como verán eso no es así y ahí que el estudio de la vida afectiva ha aportado fundamentales informaciones. En todo caso podríamos decir que la identidad es el reflejo subjetivo del carácter o, por el contrario, que el carácter es el reflejo conductual, comportamental de la identidad.

Enseguida, tenemos la capacidad cognitiva misma, lo que llamamos inteligencia, como otro aspecto de la personalidad que deriva de un potencial genéticamente dado, constitucional, expresado más que nada en nuestra corteza cerebral como elemento neurobiológico, pero, la inteligencia, si bien depende principalmente del aspecto cinético y constitucional, está fuertemente influida por las experiencias de los primeros años de vida, los primeros seis años especialmente, no existe inteligencia que no esté influida por la cultura. Y desde ese punto de vista podemos decir que es una disposición genética que llama por ser activada, desarrollada dentro de los límites dados por la genética a través de la experiencia.

Hay un último aspecto de la personalidad que parece que fuera secundario, o posterior y que resulta, en nuestro conocimiento actual, un aspecto esencial del desarrollo, esto es el sistema de valores, principios éticos que rigen nuestras relaciones, constituyendo un

marcador, un indicador de normalidad. Se considera que las fallas en la capacidad de establecer un sistema ético personal son indicadores de un posible pronóstico de todo tratamiento psicoterapéutico, destinado a mejorar problemas de personalidad o la vasta sintomatología neurótica que tratamos psicoterapéuticamente.

Ahora bien, ¿dónde figuran los afectos en lo que acabo de entregarles como constituyentes de la personalidad, temperamento, carácter, identidad, sistema de valores e inteligencia?

## **Los afectos**

Los afectos constituyen expresión y ligazón entre el individuo y el mundo de personas, el mundo de relaciones objetales que lo rodea. Son puente entre temperamento y carácter; y aspectos motivacionales, fundamentales, que impulsan al individuo sobre su base temperamental, a relacionarse con los demás y gradualmente constituir el carácter.

La definición de lo que son los afectos, hoy en día, después de largos y complejos caminos, ha llegado a ser relativamente simple y aceptada por los investigadores de diferentes escuelas. Los afectos son complejos, son estructuras psicofisiológicas, lo que significa que tienen aspectos fisiológicos, biológicos, y aspectos puramente físicos, indisolublemente unidos desde el comienzo.

El aspecto psíquico incluye, primero, una experiencia subjetiva de placer o de dolor, positiva o negativa, los afectos positivos, tales como la alegría, la euforia, la excitación sexual, el erotismo se contrastan con los afectos negativos: la angustia, la depresión, la rabia, el disgusto. Hay afectos más difíciles de clasificar como es la sorpresa, que es preliminar a tornarse positiva o negativa, o transformarse en curiosidad o en angustia.

Los afectos antes mencionados, son afectos básicos, también están los complejos que derivan de la integración gradual de los afectos más simples. Este es el primer elemento subjetivo de los afectos, a esto se agregan, entonces, aspectos físicos y, muy especialmente, la expresión facial, que es innata y se presenta automáticamente desde las primeras semanas de vida, permitiendo que la madre diagnostique el afecto del bebé. Es decir, tenemos una capacidad innata de expresar y de leer afectos, que es general para todos los mamíferos.

Los afectos también se manifiestan a través de movimientos psicomotores asociados, por expresiones, por ejemplo, la entonación de la voz, por movimientos de toda la musculatura corporal y por descargas neurovegetativas. Estas últimas reflejan las activaciones de los complejos sistemas de neurotransmisores y estructuras del Sistema Nervioso Central y de glándulas internas relacionadas con él.

Pero los afectos tienen otra función, una función comunicativa. El primero que estudió esto fue Darwin, al describir las expresiones afectivas en animales. Los afectos comunican a la otra persona y a sí mismo el estado general del organismo, tienen un aspecto cognitivo de información interna, organizan el mundo y comunican a la otra persona y,

muy especialmente, el bebé comunica a la mamá sus necesidades aún antes de poder hablar. Los afectos son el primer lenguaje interpersonal.

En resumen, experiencia subjetiva, expresión facial, expresión psicomotora asociada en descarga neurovegetativa y función comunicativa, constituyen los afectos, es decir, un complejo paquete estructural.

## **Aspectos neurobiológicos y subjetivos**

Examinemos este paquete estructural desde un punto de vista neurobiológico y psicodinámico. Desde luego, en el curso de una conferencia relativamente breve, no podré dar justicia a todos los detalles de este proceso, ni a todos los investigadores que han contribuido a nuestros conocimientos en este campo.

La manera de estudiar los afectos incluye, tanto el estudio de diversos aspectos de las estructuras del cerebro, la observación de la conducta o los cambios de esta que derivan de estimulación o de lesión de las estructuras, como el estudio de los mecanismos de transmisión neuronal y neurohumoral y, muy especialmente, el estudio de los neurotransmisores que activan las estructuras cerebrales conectadas con la activación del afecto.

Desde luego, cuando estudiamos esto en los seres humanos, podemos estudiar los aspectos subjetivos de los afectos, una de las limitaciones importantes de la experimentación animal ha sido, obviamente, el no poder estudiar la experiencia subjetiva, mientras que en los seres humanos se han podido replicar muchos experimentos y estudiar la subjetividad.

La investigación de la estructura objetiva del Sistema Nervioso Central, de la conducta y de la subjetividad son los vértices desde los cuales hemos enfocado esta problemática.

En líneas muy generales, sabemos hoy en día que el cerebro puede dividirse en un cerebro reptiliano de los ganglios básicos relacionado con acción instintiva, con las necesidades instintivas de alimentación, lucha, huida, reproducción. Un sistema paleomamífero, en el sentido del sistema más viejo desarrollado en los mamíferos más primitivos, que es el sistema límbico, la parte más importante del cerebro ligada con la activación afectiva, con conocimiento subjetivo, con el diagnóstico de las implicaciones afectivas de los sucesos que rodean a los individuos y con la interacción entre experiencia subjetiva y las necesidades instintivas más primitivas o profundas del organismo.

Finalmente, tenemos el cerebro neomamífero, especialmente desarrollado en los primates y en los seres humanos, dado especialmente por la corteza cerebral. En el ser humano el desarrollo de la corteza cerebral es absolutamente extraordinario respecto de todos los demás mamíferos. Está relacionado, especialmente, con el conocimiento cognitivo, la información proporcional de eventos externos e internos.

Esos tres cerebros, a su vez, son alimentados por la información que viene de todo el cuerpo y que termina en el tálamo, como órgano que centra toda esta información cerebral y la comunicación tálamo cortical. De modo que la corteza cerebral recibe información del organismo general e información de los cerebros más primitivos que incluye la connotación afectiva.

Es el segundo, el cerebro límbico, el que nos interesa más y dentro de él, en forma muy breve, algunas estructuras básicas y algunos neurotransmisores básicos.

Digamos que los órganos principales de los cuales estamos hablando son el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. El hipotálamo es la zona, como lo dice el nombre, por debajo del tálamo, la amígdala es una zona que está comunicada con otro núcleo muy importante que es el hipocampo. Esas tres estructuras controlan básicamente los afectos primitivos.

En primer lugar, el hipotálamo es el órgano que mantiene la homeostasis del organismo, tiene una enorme complejidad de circuitos internos, que se traduce en el control homeostático de la temperatura, del hambre, de la sed. Está involucrado con la excitación sexual y procesa información múltiple de todo el cuerpo, información que es enviada a la amígdala, la cual origina los procesos afectivos. Es el órgano más directamente relacionado con la activación del paquete estructural que llamamos afecto.

La amígdala está directamente relacionada con la activación del miedo y de la rabia, pero también origina circuitos relacionados con los afectos positivos, que van por el sistema mesolímbico. Toda esta información de afectos positivos que se originan en la amígdala, bajo influencia de la información que viene del hipotálamo, es procesada por el hipocampo.

El hipocampo es el órgano más importante y, quizás, el más misterioso del procesamiento afectivo, porque proporciona una envoltura cognitiva al afecto. Liga la experiencia del afecto con los aspectos cognitivos de la experiencia inmediata, que le proviene directa o indirectamente de todo el cuerpo y de la zona cortical. Constituye el órgano de la memoria afectiva. El hipocampo registra los afectos ya involucrados en un significado cognitivo, no es angustia pura, sino temor a algo específico, no es rabia pura, es rabia por algún tipo de circunstancias ligadas estrechamente. De modo que, el hipocampo produce contextualización afectiva, memoria afectiva en general y, a través de sus conexiones recíprocas con la corteza cerebral, nos da inmediatamente el contexto afectivo.

De modo que, la interacción hipotálamo, amígdala, hipocampo y corteza producen una unión entre lo cognitivo y lo afectivo, ya que la información del hipocampo que va a la corteza, a su vez, se complica con más información cognitiva. En la corteza cerebral los afectos adquieren su complejidad última, su enriquecimiento cognitivo que los transforma en lo que llamamos sentimientos, emociones o sentimientos que son afectos ya compenetrados de complejos significados cognitivos.

Es especialmente la corteza prefrontal y preorbitaria la que hace las evaluaciones últimas del cómo debemos proceder en base del significado afectivo, incluido en la formación que tenemos.



Tales son las estructuras, pero estas son activadas por sistemas de neurotransmisores que, probablemente, son muchos más de los que conocemos actualmente. En este momento conocemos, aproximadamente, veinte de esos sistemas, y nuestros conocimientos son todavía bastante incompletos.

## Memoria y estrés

Existe un eje que relaciona estructuras –glándulas–, con neurotransmisores, es el eje HPA, hipófisis, hipotálamo, glándula pituitaria o hipófisis y glándula suprarrenal. Ese eje se activa bajo condiciones de estrés. Hay una serie de hormonas que conectan hipotálamo, con hipófisis con glándula suprarrenal y activan, a su vez, productos de la médula suprarrenal, corteza suprarrenal y, especialmente, la corteza cortisol, que es una hormona fundamental en la activación defensiva del cuerpo contra el estrés, bajo condiciones de intensa conglomeración de angustia, rabia y depresión.

Los lactantes cuando lloran desesperadamente porque no está la madre, o por hambre, tienen el eje HPA funcionando intensamente, y cuando hay estrés excesivo se produce una cortisolemia (alto nivel de cortisol). Si hay estrés crónico excesivo, el efecto del cortisol es de inhibir el hipocampo, o sea el órgano de memoria afectiva, el cortisol excesivo crónico, envenena al hipocampo y destruye las células nerviosas, como si el organismo se quisiera proteger de la memoria, del estrés intolerable, borrando las memorias afectivas.

De esta manera, estoy ilustrando una defensa biológica contra el estrés, contra el trauma, que se replica, como veremos, en las defensas psicológicas frente al trauma excesivo.

## Afectos y personalidad

En resumen, tenemos un sistema complejo de equilibrio entre lo afectivo y lo cognitivo, en la forma más simple, podríamos decir que activación afectiva significa activación de la zona de la amígdala y de los órganos que la rodean; y control cognitivo, activación de la corteza frontal. Ese equilibrio entre corteza pre-frontal y pre-orbitaria, y zona amigdaloides de la zona ventrotemporal o central del cerebro, nos da, en el plano biológico, el equilibrio entre control cognitivo y activación afectiva.

Dicho sea de paso, en la investigación en que yo estoy involucrado, el tratamiento de trastornos graves de personalidad que se manifiestan, entre otras cosas, por impulsividad afectiva, enorme predominio de afectos negativos y conducta desorganizada. Bajo efecto de este desequilibrio afectivo y predominio de todos los afectos negativos, se refleja en el estudio con imágenes radiográficas, magnéticas (fMRI) en una activación excesiva de la zona de la amígdala. Se aumenta más todavía, si aplicamos ciertos tests que producen estrés afectivo, de modo que hay una hiperreactividad de la amígdala en comparación con poblaciones normales, y también, curiosamente, se ve una inhibición primaria de la corteza prefrontal. Así, el problema no es sólo una hiperreactividad de afectos negativos, sino también un cierto déficit del control cognitivo. En todo caso, estamos estudiando si, con el

tratamiento psicoterapéutico, la normalización de la conducta de los pacientes produce reducción de esta hiperreactividad y aumento de la reactividad de la corteza frontal.

## **Afectos y pulsiones**

Freud, en su primera teoría, fue el primero que señaló la importancia de los afectos. Consideró que afectos y pulsiones eran lo mismo; hablaba de conflictos inconscientes de tipo afectivo. En su segunda teoría separó los afectos de las pulsiones, estableciendo que las motivaciones fundamentales provenían de las pulsiones sexuales y agresivas (libido y la pulsión de muerte). Consideró que los afectos eran expresiones de estas; eran la descarga neurofisiológica de las pulsiones. Hacia el final de su vida, Freud, propuso que los afectos eran disposiciones de reactividad del yo, o sea que alejó a los afectos cada vez más de las pulsiones. Primero afecto y pulsiones eran lo mismo, después los afectos eran producto de descarga y, al final, afectos eran un potencial del yo. Eso hizo que el psicoanálisis ignorara los afectos. Pasaron más de veinte años hasta que los psicoanalistas se dieron cuenta de que, lo que manejaban clínicamente, eran afectos y no pulsiones.

Para Freud, una alta carga de afectos era dolorosa y su descarga, placentera. Fue E. Jacobson, en los años cincuenta, la primera en decir que esto era totalmente falso, porque hay afectos de tensión intensa placentera, la excitación sexual, y hay afectos de descarga muy poco placenteros como la rabia. E. Jacobson también propuso algo que al comienzo no fue captado en su importancia, dijo: "nunca en la clínica vemos afectos puros, siempre implica una relación del individuo con alguien más, siempre implican una representación de sí mismo interactuando con otra persona"; y lo que Freud llama el aspecto cognitivo de los afectos, es representación del sí mismo relacionándose con la representación de otra persona.

Esto, finalmente devino en la teoría de relaciones de objeto contemporánea, en la que me tocó participar en cuanto a su formulación definitiva. Desde el comienzo de la vida, los afectos intensos son de tipo positivo o negativo y, entonces, se establecen en la memoria afectiva del sistema límbico dos sistemas independientes: uno, las miles de memorias afectivas de interacciones positivas, representación del sí mismo bueno, representación del objeto ideal, y otro, en forma separada de la representación de sí mismo sufriendo, representación de objeto malo o percibido como causando el sufrimiento, o no aliviándolo. Por una parte, existe un segmento de relaciones de objeto idealizadas y buenas y por otro al que llamamos persecutorio. Persecutorio, porque hay una tendencia primitiva, muy importante, en la que todas las experiencias negativas se atribuyan al "afuera" (para mantener la ilusión de una base buena interna).

Idealización y persecución se dan como una separación natural de memorias afectivas, de afectos completamente contradictorios que dominan los primeros meses de vida. Luego, esta estructura es modificada paulatinamente, por una integración cognitiva. A medida que el individuo capta el hecho de que el sí mismo todo bueno y el sí mismo todo malo, en realidad son uno sólo; y que el objeto todo malo y el objeto todo bueno, la madre toda mala y la madre toda buena es una sola, se produce una integración de lo bueno y de lo

malo de las imágenes de las otras personas importantes. Al mismo tiempo se integra el concepto del sí mismo y de otras personas significativas, lo que llegará a constituir la identidad normal. De modo que la identidad es el producto de la integración de los segmentos idealizados y persecutorios, la capacidad de tolerar la integración de afectos primitivos positivos y negativos que, a su vez, produce el desarrollo de los afectos en forma mucho más compleja; los afectos secundarios de las emociones normales que tenemos.

## **Afectos y nivel de las relaciones objetales**

Empíricamente, se ha demostrado que si, por algún motivo hay un exceso de afectos negativos, por disposición genética, anomalía de los neurotransmisores, o situaciones muy traumáticas, se producen intensos afectos negativos y las correspondientes memorias afectivas. Bajo esas condiciones, hay predominio de afecto negativo, mantención de esta escisión entre el segmento idealizado y persecutorio, porque la integración sería riesgosa debido al enorme predominio de los afectos negativos, entonces crearían un mundo devastadoramente peligroso. De manera que, para proteger los aspectos idealizados, se mantiene la separación; el individuo sigue dividido entre imágenes de sí mismo buenas y malas, imágenes de los demás idealizadas y persecutorias. Esto resulta en un Síndrome de Difusión de Identidad, que es el síntoma fundamental de todo los trastornos de personalidad graves. Tiene como consecuencia efectos devastadores. Se traduce en no saber lo que se quiere en la vida, no poder comprometerse en un trabajo, sensación de incertidumbre, falta de motivación, imposibilidad para evaluar a otras personas en profundidad, ni de elegir una pareja adecuada, graves conflictos en las relaciones íntimas, ruptura en la capacidad de intimidad, de amor y por último de la vida social.

## **Afectos y subjetividad**

Revisemos brevemente las teorías psicológicas de los afectos. Recién entre los años 1925-35, se descubrieron las estructuras centrales del cerebro. Se enfatizó que los afectos eran una experiencia central y no periférica, que surgían como experiencia primaria dentro del cerebro y no eran lecturas secundarias. Esta teoría culminó en que los afectos eran experiencias subjetivas que organizaban la realidad de forma inmediata y nos motivaban a reforzarla o a cambiarla según fuera, tales experiencias, positivas o negativas.

Los trabajos de los neuropsicólogos contemporáneos concluyeron que lo fundamental de los afectos era su función comunicativa, la cual permitía el funcionamiento interpersonal normal en la vida humana y, al mismo, tiempo era posible leer exactamente lo que sentía el individuo, interpretando en detalle la expresión facial y los movimientos asociados.

Reiner Krausse, a partir de demostraciones experimentales de la lectura que hacemos de los afectos, transformó el concepto vago de empatía, definiéndolo como la capacidad especial de leer expresiones afectivas de una persona, y las propias. Al mismo tiempo, señaló que este paquete afectivo, comienza con el nacimiento. Su organización depende de la interacción madre-hijo y esta, como parte de los estudios de apego normal y patoló-

gico, se muestra, por ejemplo, en un experimento muy simple: una madre baña al bebé, lo enjabona, el bebé está excitado, la madre está contenta, resultando en una activación afectiva sensual y erótica en el bebé. Cuando la madre lava los genitales expresa fácilmente asco (por sus propios conflictos psiquiátricos), el bebé experimenta una contradicción entre una experiencia sensorial y fisiológica de excitación máxima, y una expresión de disgusto que corresponde a un afecto negativo de la madre. Esto desorganiza su capacidad de experiencia sensual y erótica genital, creando distorsiones significativas en su posterior capacidad de experiencia sexual. En la interacción materno-infantil, se organizan los diversos componentes subjetivos y de comunicación de los afectos.

La madre, al reaccionar frente a un afecto del bebé, tiene que mostrar tanto su empatía con el afecto, como su congruencia y debe marcarlo. Marcarlo, significa señalar que, si bien empatiza con el afecto, no lo experimenta ella misma.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

---

Para terminar, quizás, lo más positivo es que el conocimiento de la teoría de la identidad y su difusión, nos ha llevado a desarrollar métodos de tratamiento en los que permitimos que se activen, separadamente, las idealizaciones primitivas, las persecuciones primitivas y los afectos descontrolados primitivos de los pacientes que, por sí solos, no han logrado integrarlos y modularlos. El terapeuta puede ayudar al paciente a captar la representación de sí mismo y de objeto, su significado; ayudarle a conectar estas experiencias, totalmente discordantes entre sí, en una labor gradual permitiendo integración afectiva y de la identidad. Podemos usar estos conocimientos para transformar la personalidad en base a nuestros conocimientos de identidad y Teoría de los Afectos.

En cuanto a lo negativo: comencé diciendo que los afectos son un puente entre biología y psicología y espero haberlos convencido de esa función a través de lo que he dicho. Pero es un puente extraño, porque si bien las estructuras biológicas cerebrales son permanentes y firmes, la activación afectiva es cosa de un momento. En un instante se activa un afecto, una cierta zona del cerebro que nos describe como está nuestro cuerpo, otra zona del cerebro nos describe cómo nos relacionamos con otra persona, otro segmento del cerebro nos recuerda ciertos valores que tenemos en cuanto a relacionarnos, el hipocampo nos da toda una serie de informaciones de experiencias afectivas pretéritas, para ayudarnos a comprender el presente a la luz del pasado. Es decir, múltiples zonas cerebrales, activadas simultáneamente, le dan al sujeto la sensación de ser él mismo. La identidad entonces, deriva de una función momentánea de estructuras biológicas permanentes.

El puente, al que me he referido, es bien complejo y la relación entre estructuras biológicas y mentales es indirecta. Los neurólogos se preguntan, "¿cómo se produce esa integración del momento?". La teoría dominante, afirma que se producen oscilaciones sintonizadas de todas estas informaciones, logrando formar el concepto de sí mismo. Desde un punto de vista psicoanalítico, podemos decir que se produce una integración de diferentes conceptos del sí mismo, elementos históricos, tendencias primitivas suprimidas, reprimidas que, sin embargo, han influido en patrones habituales de conducta.

## Capítulo 10

### NUEVOS SUJETOS POSMODERNOS, ¿NUEVAS PATOLOGÍAS?, ¿NUEVOS PACIENTES?

---

■◆ *Patricio Olivos Aragón*

En este capítulo se plantean las características principales del fenómeno de la globalización y de lo que se ha dado en llamar posmodernidad, se postula que han dado origen a nuevas formas de socialización y constitución de subjetividades, que tienen rasgos en común con lo que la psiquiatría, y particularmente la clínica psicoanalítica, consideran trastornos de la personalidad límite o narcisista, trastornos que parecen haber aumentado en la actualidad.

### **Posmodernismo y Globalización**

---

Los procesos de cambio en las diversas esferas que configuran lo social, tales como la cultura, la economía, la política y los medios de comunicación y tecnológicos, han llevado a diversos autores a hablar del inicio de una nueva etapa o momento histórico: la época de la globalización y la posmodernidad.

#### **La globalización**

Se habla de globalización por el fenómeno ocurrido en el mundo luego de la caída del muro de Berlín (1989) y de la Unión Soviética (1991), y que se puede caracterizar por:

- Un desarrollo vertiginoso del conocimiento.
- Rapidez y complejidad del cambio.

- Construcción de lo local a partir de lo global.
  - Interdependencia de las economías por sobre la diversidad de regímenes políticos. Esto bajo la hegemonía de occidente, y con la impronta del poder económico de los Estados Unidos.
  - Resurgimiento de los nacionalismos y fundamentalismos, en contra de esta hegemonía.
- Sin embargo,
- La globalización se impone sobre las diferencias.
  - El acceso a la globalización es desigual. Hay diferencias entre el hemisferio norte y el hemisferio sur, entre países vecinos y entre sectores de la población de un mismo país. También sus consecuencias son desiguales.
  - Masificación de los medios de comunicación. El chat reemplaza al barrio.
  - La democracia se extiende, aunque sea en muchos casos más formal que real.
  - La cultura se desacraliza.
  - Se incrementan las expectativas y demandas de la gente. Y en muchos países los gobernantes y las elites son incapaces de responder a ellas.
  - Hay crisis de las utopías. Y un triunfo del neoliberalismo, en que todo se mueve y se regula en el mercado.
  - La globalización busca mercados, no países.
  - El capital circula libremente, y los seres humanos son subordinados a él.
  - Las 200 principales empresas del mundo realizan de la actividad económica del mundo, y emplean menos del 0.74% de la población mundial.
  - El mercado gobierna; los gobiernos administran.
  - Hay conciencia del riesgo creado por el hombre (guerra, clonación, alimentos transgénicos).

## **El fin de la modernidad**

Junto con esto, estamos viviendo el fin de la modernidad, "la época de la historia", iniciada en los siglos XVII y XVIII con el progreso de las ciencias naturales, la instalación de los Estados Nacionales y la crítica del conocimiento; época que fue, a su vez, un cambio frente

a la mentalidad antigua dominada por una visión naturalista y cíclica del curso del mundo. Descartes funda el racionalismo moderno y se desarrolla, como antítesis del pretendido oscurantismo de la Edad Media, el vasto y complejo movimiento del Iluminismo, concepción antropocéntrica del mundo: el orden del mundo humano y el del mundo natural se corresponden; obedecen a leyes mecánicas fijas que la razón tiene el deber de descubrir con el fin de procurar el progreso para la humanidad, manifestado en el lema de la Revolución Francesa: "Libertad, igualdad y fraternidad". La ciencia es objetiva, la moral universal y las verdades son absolutas.

Ideales básicos de la modernidad fueron el progreso, la superación del pasado y la crítica. Se valoró lo nuevo, lo moderno. Florecieron las utopías y las vanguardias, y la revolución fue vista como un motor de la historia.

Habría existido un sujeto moderno, correspondiente al momento histórico de la modernidad, que Carlos Pérez (1989) caracteriza básicamente como: "un individuo, hombre, adulto productor, padre de familia, ciudadano, escéptico y desconfiado, emprendedor, individualista, sujeto ante el dinamismo productivo, objeto ante la naturaleza de las cosas; ejemplarmente propietario o, al menos, poseedor medio de bienes que le otorgan algún lugar en el mercado y una cierta presencia social, machista, monógamo con licencia. Es un hombre dispuesto a vencer dificultades, en pleno uso instrumental de la razón, con un neto y eficiente sentido de la realidad, capaz, sin embargo, de emprender enormes tareas si cree tener en sus manos un cálculo correcto".

Ya el psicoanálisis marcó una ruptura radical con la manera cartesiana de comprender al sujeto, esa en que el estudio de la conciencia, sea como contenido o como acto, era el eje de la disciplina, pues la conciencia era considerada como el centro de la vida psíquica del sujeto. Sujeto pensado como un individuo-yo racional, capaz de comprender e interactuar con el ambiente a partir de una serie de funciones cognitivas y emocionales. Sujeto que tiene una correspondencia y adecuación con el orden social y la evolución histórica, en tanto, existe una ley racional universal que liga a la sociedad y al individuo.

Freud subvertirá esta idea de individuo al señalar el conflicto psíquico irreductible que constituye al sujeto, donde el yo, en buena parte es inconsciente, puesto que el despliegue de sus defensas está sometido al mismo engeguencimiento que afecta al deseo, es un vasallo de determinaciones que lo trascienden.

La mayoría de los posmodernos (Munné, F., 2001) ven en Nietzsche –del que se ha dicho que ha sido el más agudo diagnosticador de la modernidad–, su punto de partida. Su tesis sobre esta cuestión está contenida en su *Filosofía general*. En resumen, Nietzsche sostiene que el alma moderna ha debilitado la especie humana, y que esta debilidad, que es inferioridad del hombre occidental, se debe al hecho de haberse nutrido de la razón, negadora de la vida, sumiendo en la decadencia a la moral, la filosofía, el arte y, en suma, la historia.

Gianni Vattimo, en el capítulo "El nihilismo como destino" de su libro *El fin de la modernidad* (1998), afirma que el nihilismo está en acción y no se puede hacer un balance de

él, pero se puede y se debe tratar de comprender en qué punto está, en qué nos incumbe y a cuáles decisiones y actitudes nos llama. Y su posición personal se puede definir recurriendo a la expresión que emplea Nietzsche del “nihilismo consumado”, aquel en el que Dios ha muerto y los valores supremos se desvalorizan. El nihilista consumado o cabal es aquel que comprendió que el nihilismo es su (única) *chance*.

La otra fuente filosófica del posmodernismo es Heidegger, sobre todo el segundo Heidegger, por su posición tanto frente a la ciencia como a la técnica (1944): “todo funciona, esto es lo inquietante, que funcione y que el funcionamiento nos impele siempre a un mayor funcionamiento”. “Por la universal imposición y provocación del mundo técnico el ser se aniquila en cuanto se reduce a valor de cambio. Del ser como tal ya no queda nada”. Y en esto coincide con el nihilismo de Nietzsche: sólo allí donde no está la instancia final bloqueadora del valor supremo Dios, los valores se pueden desplegar en su verdadera naturaleza que consiste en su posibilidad de convertirse y de transformarse por obra de procesos indefinidos.

La bomba atómica sobre Hiroshima y Nagasaki, el nazismo y el stalinismo y sus campos de exterminio, mostraron un aspecto siniestro e irracional del hombre, quebrando el proyecto de la modernidad.

Para Heidegger parece haber algo posible y deseable más allá del nihilismo, mientras que para Nietzsche la realización del nihilismo es todo cuanto debemos esperar y augurar.

## **La posmodernidad**

Este fundamento filosófico del posmodernismo explica su negación de la historia y la desconfianza en la ciencia y la tecnología que tienen sus pensadores.

Jean-François Lyotard, en *La condición posmoderna* (1992) plantea que en las sociedades postindustriales cambian los estatutos del saber, y la ciencia investiga inestabilidades.

Gilles Lipovetsky, en *La era del vacío* (2000) afirma que “la era de la revolución, del escándalo, de la esperanza futurista, inseparable del modernismo, ha concluido. La sociedad moderna era conquistadora, creía en el futuro, en la ciencia y en la técnica, se instituyó como ruptura con las jerarquías de sangre y la soberanía sagrada, con las tradiciones y los particularismos en nombre de lo universal, de la razón, de la revolución. Los grandes ejes modernos, la revolución, las disciplinas, el laicismo, la vanguardia, han sido abandonados a fuerza de personalización hedonista; murió el optimismo tecnológico y científico al ir acompañados los innumerables descubrimientos por el sobrearmamento de los bloques, la degradación del medio ambiente, el abandono acrecentado de los individuos. Ya ninguna ideología política es capaz de entusiasmar a las masas, la sociedad posmoderna no tiene ídolo ni tabú, ni tan sólo imagen gloriosa de sí misma, ningún proyecto histórico movilizador. Estamos ya regidos por el vacío, un vacío que no comporta, sin embargo, ni tragedia ni apocalipsis”.



Vacío ocupado por el posmodernismo, que no tiene proyecto, meta, programa ni banderas. Hay desconfianza en la ciencia como fuente de verdad absoluta. No hay sentidos únicos ni valores superiores.

La cultura se personaliza, cada uno la hace a su medida, mezcla los últimos valores modernos, revaloriza lo local. Lo importante es ser uno mismo, y cualquiera tiene derecho a la ciudadanía y al reconocimiento social.

La radical desconfianza en la ciencia impide al posmodernismo asumir imparcialmente, esto es con plenitud, los avances epistemológicos del pensamiento científico que conducen al conocimiento y el pensamiento complejos. Sin embargo, muchos tópicos clave del posmodernismo, como la fragmentación o el conocimiento local, pueden entenderse como una manifestación de la complejidad.

### **La fragmentación y la complejidad**

“Esto es lo posmoderno: jugar con fragmentos”, dijo Baudrillard en una entrevista (1984). Los posmodernos insisten en el carácter fragmentado del mundo actual. La nueva física desintegra el átomo; el cine filma secuencias separadas que luego monta, la psicoterapia se filma y se analiza escena por escena, gesto por gesto, desde múltiples perspectivas; se desprecia “La Gran Teoría” y se prefieren teorías *middle range*.

El pensamiento posmoderno, en una especie de autocumplimiento –construye, en gran medida– como significativamente relevante la fragmentación que luego dice encontrar. El procedimiento para la deconstrucción teórica de la realidad se asegura con el análisis del discurso. “Todo es texto”, dicen algunos posmodernos, y su análisis, en la “deconstrucción”, radicalizan la fragmentación. Deconstruir es desmontar algo en su estructura para ver su composición, partes o pedazos, y poder emplearlo o conocerlo teniendo en cuenta su interioridad una vez vuelto a montar, lo cual implica su conservación como tal estructura.

Se mantiene una aspiración de totalidad: Derrida afirma que deconstruir no es regresar hacia un elemento simple, ni tampoco es destruir. Insinúa que implica reconstruir cuando explica que deconstruir es desestructurar para entender. Pero, a la vez, proclama que lo que ocurre es que la totalidad es inalcanzable e inabarcable.

La realidad humana no puede desmontarse, o sea, considerarse fragmentariamente como si fuera una máquina compuesta de piezas desmontables, y si se la reconstruye ya no es la misma realidad que cuando aún no había sido deconstruida.

Además, la reconstrucción de la realidad es difícilmente factible para los posmodernos por prescindirse de la historia. La única salida, entonces, será constructiva, como puede verse en la psicología, en el construccionismo social y en el constructivismo.

Por otro lado, el análisis fragmentario no hace visible la complejidad de la realidad, debido a que la complejidad no tiene un sentido puramente cuantitativo sino cualitativo. Por esto,

en la descripción fragmentada de hechos, no hay que ver simplemente muchas partes o trozos de un todo, sino aspectos de algo más global. La fragmentación pasa a ser inteligible cuando se la observa como una manifestación inherente a la complejidad. Y entender la complejidad requiere diferentes perspectivas y un pluralismo teórico que encuentra, en la relación entre las teorías, un sentido global.

## **Sociedad de la comunicación**

Vattimo ve en la pluralidad de los medios una de las características de la posmodernidad, a la que califica de sociedad de la comunicación, y considera que esa pluralidad es uno de los factores de la disolución de la historia, porque los medios identifican el acontecimiento con la noticia y transmiten la autoconciencia de la sociedad a todos sus miembros. Pero esto no hace más transparente a la sociedad sino que la sumerge en un caos de racionalidades locales: en último término, los medios resultan ser debilitadores de la realidad.

En síntesis, los medios han evolucionado desde una realidad como imagen representada (pintura, fotografía), pasando por una realidad manipulada (cine, videojuegos), hasta una realidad creada (realidad virtual), proceso deconstructivo que va de la realidad como imagen a la imagen como realidad.

La cultura se colapsa en una colección de estilos prefabricados; el Estado se erosiona con las organizaciones locales y multinacionales; los clanes familiares y las categorías sexuales de género se fragmentan y multiplican, las formas tradicionales de acción política declinan, surgen nuevas organizaciones económicas más flexibles.

## **La cuestión del sujeto**

---

El psicólogo Antonio Stecher, en sus *Notas sobre psicología, transición y subjetividad* (2000) se pregunta: "¿cómo podemos seguir hablando de disciplinas científicas, de psicología, en el marco de los radicales cuestionamientos posmodernos a la racionalidad del mundo y del sujeto, a la posibilidad de un conocimiento científico racional y validable?" (...) "Nociones y supuestos claves de la tradición de las ciencias sociales modernas como las de sujeto –en tanto centrado, racional, transparente, consciente, autónomo, individuo, libre, con una esencia que le garantiza una identidad única y permanente– han sido sometidos a una profunda crítica y deconstrucción".

Cita a Silvio Maresca: "El problema es: de qué hablamos cuando decimos 'sujeto' ¿De *hypokeimenon*, del ego cogito, de la subjetividad trascendental kantiana acompañada de una libre voluntad ética, del sujeto absoluto de Hegel, de la voluntad de vivir y la representación schopenhauerianas, de la nietzscheana voluntad de poder, de la intencionalidad husserliana(...)?, ¿(...)o quizá hablamos, cuando del sujeto se trata, del sujeto gramatical, social, político, psicológico o psicoanalítico, por mencionar sólo algunos universos del discurso en los cuales el término es, por lo general, tan copioso como acriticamente usado?" .

Y a Edgar Morin: "La noción de sujeto es una noción extremadamente controvertida. Desde el principio se manifiesta en forma paradójica: es a la vez evidente y no evidente. Por un lado es una evidencia obvia, dado que en casi todas las lenguas existe una primera persona del singular; pero también es una evidencia a la reflexión, tal como lo ha indicado Descartes (...). Sin embargo la noción de sujeto no es evidente. ¿Dónde se encuentra ese sujeto? ¿Qué es? ¿En qué se basa? ¿Es una apariencia ilusoria o bien una realidad fundamental?" (1995).

Sergio Bernales (2002) plantea frente al tema: "De una cosa podemos estar seguros: en cualquier idioma hay una primera persona a la que llamamos *yo* que es capaz de reflexionar sobre sí mismo.

Las dificultades aparecen cuando pensamos al sujeto desde la ciencia o desde la metafísica. Es ahí donde las disputas dualistas aparecen. Es ahí donde el sujeto puede quedar convertido en pura materia o pura alma. ¿Cómo conciliar esta contradicción?" .

Bernales plantea miradas posibles para esta conciliación, está la del sujeto encarnado (H. Jonas, F. Varela), "me refiero con ello a lo está en la vida, y en tal sentido (supone) afirmar de un modo categórico que el acto de vivir precede a la explicación de los orígenes de la vida sobre la tierra", y la del sujeto atestado (P. Ricoeur), "un sujeto que es agente y paciente (sufriente) a la vez, frágil y de discurso vulnerable y que puede ganarse la posibilidad de ser fiable de sí mismo, de ser capaz de poder narrar, de poder hacer, de poder reconocerse como personaje de su narración, de poder responder, de poder, en fin, decir frente a una acusación, ¡héme aquí!"

Este último es el sujeto que los clínicos vemos ante nosotros. Y que nos provoca el interés de entender cómo se ha formado, cómo ha llegado a ser el que es, porque muchas veces ese proceso da cuenta de su sufrimiento, sea este determinado por una enfermedad, por una situación insoluble o por un patrón psicológico o de comportamiento recurrente y en el que se encuentra atrapado; que quizás fue adaptativo en su origen, y que ya no lo es.

## **La formación de la subjetividad**

---

En este momento histórico, de profundos cambios en las sociedades, parece obvio pensar que se están produciendo transformaciones importantes en los agentes subjetivos, individuales y colectivos, y es posible describir la emergencia de nuevas condiciones de producción de la subjetividad.

Los conceptos citados anteriormente ya están instalados y son aceptados en la sociología y otras ciencias sociales. ¿Pueden ser útiles; podemos ir instalándolos también como referentes en la psicología y la psiquiatría actuales? Y en sentido inverso, ¿qué pueden aportar la psicología y la psiquiatría –que tratan con sujetos reales–, al diálogo con la filosofía, la sociología, y las demás ciencias sociales y humanas?

Stecher propone, con Germán Morales (1997), que la subjetividad, como categoría y eje de análisis, es uno de los referentes conceptuales desde donde la psicología puede aproximarse y participar del debate sobre las grandes transformaciones sociales. “ Todo orden social genera discursos que producen particulares formas de subjetivación coherentes con los modos de organización y dominación económica, política y cultural propios de cada sociedad. En ese contexto, los discursos que cada sociedad valida como “ saberes” no sólo describen ciertas formas específicas de subjetividad, sino que participan, en su propia lógica, de aquellos mismos procesos de administración y producción de particulares formas subjetivas” .

Stecher plantea que el estudio de las transformaciones de la subjetividad en la época posmoderna ha seguido dos grandes líneas:

- a. los efectos en las instancias clásicas de socialización;
  - b. la era del vacío o la cultura del narcisismo.
- Y podríamos agregar, como una tercera línea,
- c. los cambios en el Superyó posmoderno.

## **La posmodernidad y las instancias de socialización y constitución subjetiva**

Los trabajos de Herbert Marcuse (1968) hacen referencia a una época previa a la globalización y la posmodernidad, pero sus análisis mantienen actualidad, y dan cuenta del origen y los antecedentes de muchas de las transformaciones que llevaron a la situación actual. Marcuse denunció los efectos que la sociedad burocrática o de masas generaba en los individuos, trastocando profundamente las instancias clásicas de socialización y constitución subjetiva.

Uno de los cambios cruciales es el decaimiento de la figura paterna en tanto autoridad única de la familia clásica. Las nuevas formas de organización socioeconómica han debilitado la familia patriarcal monogámica tradicional basada en una clara separación entre un ámbito público, donde rige la ley de la polis, y un ámbito privado donde el padre es la autoridad. El padre se ha vuelto vulnerable al declinar su posición económica, menguando su imagen de poder y fortaleza como personaje autoritario. Dicho debilitamiento, es también consecuencia de los medios masivos de comunicación que se dirigen directamente al yo del infante en formación. La figura paterna decae en tanto articulador del conflicto edípico e imagen, sobre la cual, a partir de las identificaciones, se constituirá el Yo y el Superyó del sujeto. El Yo se formaría ya no tanto a partir de esas identificaciones, sino a partir de identificaciones más tempranas que tienen como referencias fuerzas externas de socialización: las grandes industrias de comunicación social y la cultura mercantil, lo que impediría la instauración de aquel conflicto interno que, estructurado en torno al complejo de Edipo, constituye al sujeto y lo dota de una mismidad interior autónoma y diferenciada.

Marcuse reconocía que, si bien esta estructuración psíquica tradicional reproduce la relación burguesa con la autoridad, al mismo tiempo genera un espacio de autonomía y mismidad

desde donde es factible pensar la posibilidad del desarrollo de la subjetividad hacia formas menos represivas que las del capitalismo industrial y la familia patriarcal monogámica.

Por el contrario, la psicología de este nuevo individuo se caracteriza por modos estereotipados y triviales del pensamiento y la afectividad. Dichos rasgos serían funcionales a la nueva sociedad industrial avanzada.

Theodor Adorno agregará que el Yo, así debilitado, imposibilitado de mediar entre lo pulsional y la realidad, lleva a que el inconsciente del sujeto quede a merced de los mensajes de dominación que configuran el poder social. Los impulsos libidinales pasan así a ser administrados por la industria cultural.

Carlos Pérez (1986), siguiendo a Marcuse, dice que en la nueva subjetividad posmoderna se formaría así “ un aparato psíquico sin complejidad interna, volcado hacia el exterior, sin pretensión de individuación, con una ansiedad permanente de identificación externa, que si queda solo queda en el vacío, abandonado a sus impulsos inmediatos, propenso a la manipulación, sin culpas ni ideales por ausencia de un Superyó bien constituido, sin un pasado que defender, porque nunca tuvo padre, ni un futuro que perseguir porque no tiene voluntad propia, viviendo al instante la oferta del consumo, en una búsqueda incesante de objetos que cumplirían el rol de calmar la angustia” .

## **La era del vacío o la cultura del narcisismo**

Lipovetsky, en *La era del vacío*, señala: “ El ideal moderno de subordinación de lo individual a las reglas racionales colectivas ha sido pulverizado; el proceso de personalización ha promovido y encarnado masivamente un valor fundamental, el de la realización personal, el respeto a la singularidad subjetiva, a la personalidad incomparable sean cuales sean por lo demás las nuevas formas de control y de homogeneización que se realizan simultáneamente. Por supuesto que el derecho a ser íntegramente uno mismo, a disfrutar al máximo de la vida, es inseparable de una sociedad que ha erigido al individuo libre como valor cardinal, y no es más que la manifestación última de la ideología individualista; pero es la transformación de los estilos de vida unida a la revolución del consumo lo que ha permitido ese desarrollo de los derechos y deseos del individuo. (...) Vivir libremente sin represiones, escoger íntegramente el modo de existencia de cada uno: he aquí el hecho social y cultural más significativo de nuestro tiempo, la aspiración y el derecho más legítimos a los ojos de nuestros contemporáneos”. Agrega que “ la posmodernidad nos sitúa desde los años 70 en un nuevo estadio en la historia del individualismo humano: el estadio del narcisismo ”. ...” Hay una nueva ética hedonista y permisiva, donde la inversión narcisista del individuo en el cuerpo es un rasgo central, pero el narcisismo se define no tanto por la explosión de las emociones como por el encierro sobre sí mismo”, (en la salud y estética corporal, en el sexo sin compromiso).

Lyotard (1998) plantea sobre su génesis: “ Al no poder creer ya en una historia humana como historia universal de la emancipación debemos elaborar este duelo, y el narcisismo secundario, como enseñó Freud, es una manera de hacerlo” .

Christopher Lasch, en *La cultura del narcisismo* (1991), dice que este nuevo individuo ha abandonado todo interés por los asuntos públicos y sociales, centrándose en sus preocupaciones personales; todo lo social es banal. Establece una nueva relación con el tiempo, el cual se reduce a una sucesión de presentes contingentes y desarticulados de toda tradición. Hay una exacerbación de la sensibilidad "psi" que se expresa en un gran entusiasmo por el conocimiento y la realización personal; la sensibilidad política deja paso a una sensibilidad terapéutica. El Yo es el centro de la atención, pero al mismo tiempo se ha producido un vaciamiento del Yo. (Lipovetsky concuerda: " el Yo se convierte en un espejo vacío a fuerza de informaciones, una pregunta sin respuesta a fuerza de asociaciones y análisis, una estructura abierta e indeterminada que reclama más terapia"). El Yo pierde su voluntad y su capacidad de ordenar y jerarquizar la multiplicidad de impulsos del sujeto; pierde así su capacidad de sintetizar, jerarquizar y responder de un modo unitario y no fragmentado.

Lasch cita este escrito de Andy Warhol: " Día tras día miro el espejo y veo algo más: un nuevo grano. Sumerjo un algodoncillo de Johnson y Johnson en alcohol de Johnson y Johnson y refriego el algodoncillo contra el grano. Y mientras el alcohol se seca no pienso en nada. ¡Cómo puede ser que todo dependa del estilo, del buen gusto! Apenas se seca el alcohol me dispongo a aplicar la pomada color piel para el acné y los granos, de modo que el grano queda cubierto. Pero, ¿y yo, estoy cubierto? He de mirar el espejo en busca de algunas claves adicionales. Nada falta, todo está en su lugar. La mirada inmovible. Esa aburrida languidez, la tez demacrada. Los labios blanquecinos. El cabello plateado y esponjoso, suave y metálico. Nada falta. Soy todo lo que mi álbum de recortes dice que soy" .

## **El Superyó posmoderno**

El narcisismo es un nuevo modo de control social. Dice Lipovetsky: " La autoconciencia ha substituido a la conciencia de clase, la conciencia narcisista substituye a la conciencia política. Ante todo instrumento de socialización, el narcisismo, por su autoabsorción, permite una radicalización del abandono de la esfera pública y por ello una adaptación funcional al aislamiento social. Al hacer del Yo el blanco de todas las inversiones, el narcisismo intenta ajustar la personalidad a la atomización sibilina engendrada por los sistemas personalizados. El narcisismo, en una circularidad perfecta, adapta al Yo al mundo en el que nace. El amaestramiento social ya no se realiza por imposición disciplinaria ni tan sólo por sublimación; se efectúa ahora por autosedución. El narcisismo, nueva tecnología de control flexible y autogestionado, socializa des-socializando, pone de acuerdo a los individuos con un sistema social pulverizado, mientras glorifica la expansión del ego puro" .

Slavoj Zizek (1999) escribe sobre el Superyó posmoderno: " Todo está trastornado. No hay un orden simbólico aceptado para guiarnos en nuestro comportamiento social. Nuestros impulsos son percibidos como algo sobre lo que decidimos. El orden público ya no está mantenido por la jerarquía, la represión y reglas estrictas, y por eso ya no es subvertido por actos liberadores de trasgresión (como cuando nos reímos a espaldas del profesor). En vez de eso tenemos relaciones sociales entre individuos libres e iguales, suplementadas por

‘vinculaciones pasionales’, una forma extrema de sumisión, que funciona como el ‘secreto perverso’, el origen trasgresivo de la satisfacción libidinal. En una sociedad permisiva, la rígidamente codificada y autoritaria relación amo/esclavo se convierte en trasgresora.

Esta paradoja o reverso es justo el tema del psicoanálisis: el psicoanálisis no trata del padre autoritario que prohíbe el goce, sino trata del padre obsceno que lo manda: “ ¡Goza! ¡Tú puedes!”, y por eso produce impotencia y frigidez. El inconsciente no es secreta resistencia a la ley, sino la ley misma” .

## **Nuevos sujetos, ¿nuevas patologías, nuevos pacientes?**

Marcuse teme por la enajenación de este nuevo sujeto en la sociedad capitalista. Lipovetsky, en cambio, señala que este nuevo sujeto no implica una enajenación, ni el final apocalíptico del hombre; es simplemente una nueva realidad subjetiva que se adapta a la nueva realidad de la globalización. “ Obsesionado sólo por sí mismo, al acecho de su realización personal y de su equilibrio, Narciso obstaculiza los discursos de movilización de masas; la revolución se apaga bajo los spots seductores de la personalización del mundo. Así la era de la “voluntad” desaparece: pero no hay ninguna necesidad de recurrir, como Nietzsche, a una “decadencia cualquiera” . Es la lógica de un sistema experimental basado en la celeridad de las combinaciones la que exige la eliminación de la voluntad como obstáculo a su funcionamiento operativo. Un centro “voluntario” con sus certezas íntimas, su fuerza intrínseca, representa aún un núcleo de resistencia a la aceleración de las experimentaciones: más vale la apatía narcisista, un Yo lábil, el único capaz de funcionar sincronizado con una experimentación sistemática y acelerada” .

Podemos reconocer, en la práctica psiquiátrica cotidiana, estos nuevos tipos de subjetividad. Estamos viendo, atendiendo como consultantes, a estos nuevos sujetos, en que lo más llamativo son la difusión de identidad y la desorganización de la personalidad.

Difícilmente clasificables muchas veces pero –como diagnosticar supone asimilar el cuadro clínico del consultante a las descripciones de las clasificaciones en uso–, diremos que se parecen sobre todo a los pacientes que en la clínica de orientación analítica son clasificados como un trastorno de personalidad limítrofe o un trastorno de personalidad narcisista. (No así en la clasificación del DSM IV, más puesta en las conductas, que requieren ser más extremas; que selecciona los casos más graves). O a lo que en Francia se denomina “ estados-límites” .

### **Pacientes limítrofes**

Algunos de los rasgos que en la clínica de orientación analítica (Kernberg,O.,1979) se señalan como típicos de los pacientes limítrofes son: falta de una identidad del Yo, con búsqueda incesante e insatisfactoria por definirla; gran inestabilidad de las imágenes de sí; ansiedad asociada a objetos parciales; hambre y búsqueda permanente de estímulos;

incapacidad de empatía; sensación de falta de sentido de la vida y de vacío afectivo; dificultad en el control de impulsos; problemática centrada en sí mismo; alteraciones en las relaciones con los objetos, síntomas psicósomáticos; dificultades de representación psíquica; presencia de conflictos preedípicos; menos síntomas neuróticos y mayores conductas impulsivas o *actings*.

## Estados límites

Jean-Pierre Lebrun (1999) plantea que “ desde hace algunos decenios se hace referencia regularmente a nuevas patologías: paciente narcisista, *borderline*, falso self, personalidades múltiples, estados-límites, anti-analizante, y en cada momento somos invitados a considerar un rasgo común, precisamente una “ dificultad de representación psíquica.

(...) Nadie podría negar hoy día el aumento de una categoría de pacientes relativamente mal definida y que algunos han agrupado bajo el nombre de estados-límites” .

Cita a André Green, sugiriendo que él “ emplea convencionalmente la denominación de estados-límites no para designar una variedad clínica opuesta a otras, sino como un concepto clínico genérico susceptible de dividirse en una multiplicidad de aspectos.(...) Lo que caracteriza a estos cuadros clínicos es la falta de estructuración y de organización, no solamente en relación a las neurosis, sino también en relación a las psicosis” .

En Francia, Bergeret (1993) comenzó por identificar a estos pacientes, los estados-límites –en 1970– paralelamente al trabajo de los anglosajones que habían propuesto el concepto de *borderline*. Para él no se trata ni de neurosis, ni de psicosis ni de perversos, sino de una modalidad absolutamente particular de organización de la personalidad.

Los estados-límites son un abanico de patologías: las toxicomanías, los alcoholismos, los trastornos de conductas alimentarias, las violencias y delincuencias sistematizadas, los suicidios en todas sus formas, directas o indirectas, manifiestas o latentes.

Los estados-límites son pacientes que no se habrían beneficiado de padres que pudieran constituir modelos identificatorios suficientes para permitir que la estructura de la personalidad se forme en referencia a un modelo genital y edípico. Contrariamente, los neuróticos no habrían sido capaces, no habrían tenido los medios necesarios para elaborar un imaginario que integre la genitalidad y la triangulación edípica.

Los síntomas principales de estos pacientes son, además de la depresión, no estar en condiciones de hacer frente a una situación, tener una autoestima extremadamente disminuida, estar aquejado de una morosidad del deseo, no poder pensar en vivir sin el apoyo de otros o sin el apoyo del entorno, el que, en cambio, debería estar siempre en condiciones de aportar una ayuda inmediata. Habría también una dimensión de reivindicación que aparecería rápidamente en estos pacientes, sea cuando la ayuda fuese aparentemente rehusada, sea cuando fuese sólo pospuesta. Habría igualmente un gran temor, así como un deseo de fracaso con una sobrestimación del poder que dispondrían



los otros. Son pacientes que imponen su demanda, que no tienen realmente el sentido de la culpabilidad sino que, por el contrario, están habitados por sentimientos de vergüenza. Y atribuyen especial importancia a la manera como el otro los aprecie o no.

## **Personalidades narcisistas**

Según Otto Kernberg, todas las interacciones de estos pacientes con los demás están referidas a sí mismos en medida inusual; tienen gran necesidad de ser amados y admirados y se detecta en ellos una curiosa contradicción entre un concepto muy inflado de sí mismos y la desmedida necesidad de recibir el tributo de los otros. Su vida emocional carece de profundidad; experimentan escasa empatía por los sentimientos de las demás personas; encuentran pocos motivos para disfrutar de la vida, más allá de lo que les brinda el homenaje de los otros y sus propias fantasías grandiosas; se sienten inquietos y hastiados cuando el brillo externo se desgasta y no hallan nuevas fuentes para alimentar su autoestima. Envidian a otras personas; tienden a idealizar a determinados individuos de quienes esperan gratificaciones narcisistas, y a despreciar y desvalorizar a otros (a menudo sus anteriores ídolos) de quienes nada pueden esperar. En general sus relaciones con los demás tienen un carácter netamente explotador y en ocasiones parasitario. Es como si sintieran tener el derecho de controlar y poseer a los otros y de explotarlos sin culpa; bajo su aparente simpatía y encanto es posible percibir una naturaleza fría y despiadada. Se considera con frecuencia que estos pacientes “dependen” de los demás por su gran necesidad de recibir el tributo y el amor de otras personas, pero la honda desconfianza y el desprecio que sienten por todos los hacen totalmente incapaces de depender de nadie.

Kernberg diferencia narcisismo normal y patológico, y dice que la expresión “personalidad narcisista” debería quedar reservada para quienes podríamos ver casi como un “cultivo puro” de desarrollo patológico del narcisismo.

El “casting” para participar en el “reality show” de la televisión “Protagonistas de la fama” congregó a 3.000 jóvenes, ansiosos por quedar seleccionados como uno de los 14 que están conviviendo enclaustrados durante 3 meses, filmados, minuto a minuto, en su preocupación principal por verse bien en todo momento, y en ver a quien de ellos eliminan cada semana, hasta llegar al gran triunfador. Su motivación principal es la fama, y argumentan que, además, ahí pueden aprender canto, baile y actuación. Reconocen, ellos mismos, y los que defienden su participación en el programa, que la vanidad y el narcisismo son un rasgo común en todos ellos, y motor y recurso fundamental para la subsistencia y para el éxito.

¿Qué relación hay entre lo que muestran estos jóvenes y las personalidades narcisistas?

No son consultantes. Son “exitosos”, envidiados, incluso modelos para muchos otros jóvenes.

Hay otros sujetos que consultan al psiquiatra por estar sufriendo, y en los que podemos reconocer los rasgos enunciados antes como posiblemente determinados por la globalización y la posmodernidad. ¿Podría ser que, más que ante un aumento de estas patologías estemos ante la emergencia de nuevas formas de subjetividad? También podría ser que las nuevas condiciones sociales y, por tanto, estas nuevas formas de subjetividad faciliten o fomenten el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad como los presentes en estos consultantes, y no así otros, como los histéricos, que requieren de una constelación edípica más estructurada, y (¿por ello?) están más orientados y determinados por la relación con los demás.

## **Algunos consultantes posmodernos**

Ximena, secretaria, 39 años: “ Me envié con el chat. Chateaba en la oficina, en mi hora de colación. Durante 2 años no almorcé. Chateaba con gente de otros países, para no encontrarme con nadie. Me inventé un personaje de 17 años para no entrar a cosas mayores, de sexo. Me enamoré de 4 tipos; despertaban todo lo romántico en mí, y el cariño. Un mexicano vino a Chile y estuvimos juntos 5 días; mi marido me ayudó en eso, porque él andaba con otra persona. El mexicano también tenía un mal matrimonio, pero no fue capaz de ir más allá en la relación, y terminamos.

Entré al chat chileno. Conocí ahí hace un año a mi pareja actual. El andaba buscando una mujer. En mi oficina me castigaron por chatear mandándome a un cargo inferior donde trabajo sola, y podría chatear mucho, pero rara vez entro, y veo lo enfermos que son, como yo estuve enferma.”

José Pedro, 38 años, soltero, ejecutivo de una empresa que hace estudios de mercado: “ No logro decidirme entre mi última polola, que me pidió que termináramos porque no soportaba que yo pusiera en duda la relación a cada rato, y mi polola anterior, con la que viví 8 meses y terminamos hace 4 meses por las continuas peleas, a pesar de que hicimos terapia de pareja tratando de salvar la relación. El terapeuta nos hizo ver cómo pasábamos evaluando la relación a cada minuto, en cada evento. Que es lo que hago en mi trabajo, donde me toca enfrentar cien retazos de realidad distintos, y tomar decisiones. Llevo una vida fragmentada, como un caleidoscopio. Llego sin fuerzas al final del día, desesperado por tener algo mío. Quiero formar pareja estable, casarme y tener hijos” .

Jeanette, 29 años, abogada: “ Con mi marido no andábamos bien en lo sexual. Busqué por el chat, y me fui poniendo más audaz con Gustavo, de Concepción. De ahí pasamos al teléfono y a encuentros personales. No quise tener más relaciones sexuales con mi marido, porque me sentí infiel. Hasta que nos separamos. Gustavo había perdido el trabajo, y quiso venirse a Santiago, y que yo lo mantuviera, pero era todo deudas y mentiras, y terminé con él.

Llamé a Pablo, hombre casado, de La Serena, que había conocido por el chat, y empezamos una relación. Y empecé a salir con otros hombres, por el chat. Me metí también en agencias matrimoniales, buscando una relación verdadera. En un año tuve relación con 20 hombres distintos.

Estoy confundida, Pablo quiere separarse de su mujer, y que me vaya a vivir con él a La Serena”.

Juan, 29 años, soltero, publicista: “Viví en Estados Unidos de los 8 a los 17 años por el trabajo de mi madre, en ese entonces separada. Allí no tuve amigos ni hablé de mis cosas con nadie. Al volver a Chile hice 4 buenos amigos en la universidad. Trabajé como publicista, pero me dio por la escalada y trabajé como guía montañista en Aysén y San Pedro de Atacama. Como me sentí desarraigado volví a Santiago, donde mi madre y mi padrastro, y me reencontré con la amiga que ahora es mi polola, con la que vivo algunos días. Ando buscando trabajo.

Me siento inestable. Planifico cosas pero no concreto. Nunca he calzado con las normas; yo me invento mi paradigma. Soy como un niño, un Peter Pan, el niño adulto, pero sé dónde puedo jugar y dónde no. Ahora estoy más adulto, y quiero alcanzar un equilibrio.”

Roberto, 45 años, separado hace 4 años, abogado de éxito en una empresa transnacional. “Estuve con la Viviana en una relación complicada, y ella no terminó de gustarme físicamente, así es que terminamos. Decidí que tenía que buscar una mujer que me satisficiera, que me vieran bien con ella e hiciera pensar que yo estaba bien. Encontré una chiquilla recién separada, de buena familia, muy aceptada socialmente porque es muy atractiva, alta, con la que encajamos en muchas cosas. Llevo 1 año con la Paula. En las relaciones sexuales tengo buenas erecciones, pero me cuesta acabar. Ella es joven, más expuesta, con mucha energía. He sido siempre muy enfocado a la parte sexual de las relaciones de pareja y no tanto en la relación, y siento que necesito rendir, y dejar a la mujer bien satisfecha. La Paula muchas veces ha dicho que ella no necesita tanto. Y que cuando hacemos el amor yo estoy con rabia; lo mismo que me decía Viviana”.

Reconoce ser ególatra, y narcisista, pero dice que todos sus amigos y la gente con la que se relaciona por su trabajo son como él.

En estos consultantes podemos reconocer aspectos “limitrofes” y/o narcisistas, o los estados-límites de Bergeret.

Bergeret refiere que numerosos clínicos creen encontrar cada vez más estados-límites, y que hay tres factores de riesgo esenciales que participan de su etiología: dificultades identificatorias secundarias, pobreza en la elaboración imaginaria y carencias en la regulación de las pulsiones. Y que estos tres factores de riesgo se ven particularmente desarrollados y estimulados en los contextos ambientales actuales, los que, por el contrario, debieran constituir normalmente referencias identificatorias y fomentar los sueños y las garantías contra los desbordes pulsionales.

Julia Kristeva (1993) en *Las nuevas enfermedades del alma* intenta definir las características de los pacientes de hoy: “¿Quién tiene aún un alma hoy día? (...) Exigidos por el estrés, impacientes por ganar y gastar, por gozar y morir, los hombres y mujeres de hoy se ahorran esta representación de su experiencia que llamamos vida psíquica. (...) No se tiene ni el tiempo ni el espacio necesarios para hacerse un alma. Guardando su distancia

el hombre actual es un narcisista tal vez doliente pero sin remordimientos, y su vida psíquica se sitúa entre los síntomas somáticos y la puesta en imágenes de sus deseos (la ensoñación frente a la televisión). (...) Las nuevas enfermedades del alma son las dificultades o incapacidades de representación psíquica que llevan hasta la muerte el espacio psíquico” .

## Capítulo 11

### UNA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD\*

---

■◆ *Otto Kernberg*

#### **Modelos categoriales versus dimensionales de los trastornos de personalidad**

---

¿Por qué es importante intentar formular una visión psicoanalítica de los trastornos de personalidad, su etiología, su estructura y sus interrelaciones? Primero, es necesario hacerlo, porque han habido avances en la comprensión psicoanalítica de los distintos tipos de trastornos de personalidad, en la comprensión de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y de su alta prevalencia. Segundo, es necesario, porque todavía existen importantes controversias en el campo de la investigación psicológica y psiquiátrica referente a los trastornos de personalidad, que una exploración psicoanalítica podría ayudar a resolver. Me refiero a controversias tales como si debieran usarse criterios dimensionales o categoriales para clasificar estos trastornos, la influencia relativa de factores genéticos y constitucionales, psicodinámicos, y psicosociales en la determinación de estos trastornos, y, la más importante la relación entre lo descriptivo o la conducta superficial y las estructuras biológicas o psicológicas subyacentes.

Un problema de gran importancia es la comprensión de la psicopatología de estos trastornos, es decir, cómo las diversas características conductuales de cualquier trastorno de personalidad, en particular se relacionan con los otros trastornos de personalidad y con los factores de predisposición y causales particulares. Investigadores empíricos, estudiando algunos trastornos de personalidad específicos, tales como el trastorno de personalidad límite, el trastorno de personalidad narcisista, el trastorno de personalidad antisocial, han intentado localizar elementos etiológicos específicos, pero han encontrado, una y otra vez, que múltiples factores se combinan en el trasfondo de cualquier trastorno de personalidad y no dan una clara respuesta de cómo estos factores se relacionan entre sí para

---

\* Nota de los editores: originalmente publicado en *Major Theories of Personality Disorder*, editado por John Clarkin y Mark F. Lenzenweger. Copyright 1996. Traducido por León Gomeroff y Carolina Ibañez, con el permiso de Guilford Publications, 72 Spring Street, New York, NY 10012, USA.

codeterminar un tipo específico de psicopatología (Marziali, 1992; Paris, 1994; Steinberg, Trestman, & Siever, 1994; Stone, 1993a, 1993b).

Los investigadores que utilizan el modelo dimensional habitualmente, llevan a cabo complejos análisis factoriales de un gran número de rasgos conductuales, logrando factores específicos o algunas características conductuales sobresalientes, que en diferentes combinaciones, pueden caracterizar los trastornos de personalidad particulares descritos en el nivel clínico (Benjamin, 1992, 1993; Costa & Widiger, 1994; Widiger & Frances, 1994; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson & Costa, 1994). Esta aproximación, enlaza conductas particulares y establece una teoría general que integra las dimensiones más importantes obtenidas de los análisis estadísticos. Las dimensiones, sin embargo, tienden a relacionarse en forma más bien general con cualquier trastorno de la personalidad y, hasta ahora, parecen haber prestado poca utilidad clínica. Ha probado ser una notable excepción a esto el "análisis estructural de la conducta social (SASB)" de Benjamin (1992, 1993), que es un modelo muy influenciado por el pensamiento psicoanalítico contemporáneo.

Uno de los modelos dimensionales de más uso, el de los cinco factores, ha sintetizado numerosos análisis factoriales en la proposición de que neuroticismo, extroversión, apertura, agradabilidad y escrupulosidad, constituyen factores básicos que pueden describir todos los trastornos de personalidad oficialmente aceptados por el DSM IV (APA, 1994; Costa & Widiger, 1994; Widiger y cols., 1994). El problema, en mi opinión, es si estos factores son verdaderamente aspectos determinantes en la organización de la personalidad normal o de los trastornos de la personalidad. Una igualación de estos rasgos caractereológicos parece extraña cuando es aplicada a las características clínicas de las constelaciones específicas de personalidad. Realizar perfiles factoriales basados en esos cinco factores para cada trastorno de personalidad, posee una cualidad de irrealidad para el clínico experimentado.

Aquellos investigadores inclinados a mantener un enfoque categorial respecto a los trastornos de personalidad, en general psiquiatras determinados a encontrar entidades particulares, tienden, a partir del análisis de combinaciones clínicamente prevalentes de rasgos de la personalidad patológicos, y llevan a cabo investigación empírica respecto a la validez y confiabilidad de tales diagnósticos clínicos, intentan lograr una clara diferencia entre los trastornos de personalidad y, por supuesto, no perder de vista la relevancia clínica de sus enfoques (Akhtar, 1992; Stone, 1993a). Esta filosofía integrada en el DSM III (APA, 1980) y el DSM IV, ha ayudado a clarificar o, al menos, a permitir al psiquiatra clínico familiarizarse con algunos de los trastornos de la personalidad más frecuentes. El valor de esta aproximación, sin embargo, ha sido menoscabado por el alto grado de comorbilidad de los tipos más severos de trastorno de personalidad y por la desafortunada politización de la toma de decisiones, por comité, respecto a cuales trastornos de personalidad incluir y excluir y bajo qué rótulos del sistema oficial del DSM (Jonas & Pope, 1992; Kernberg, 1992; Oldham, 1994). Por esta razón, un trastorno de personalidad común, tal como el trastorno de personalidad histérico, ha sido excluido, mientras que el trastorno de personalidad depresivo-masoquista, excluido en el DSM III, ha reemergido actualmente bajo el título de "trastorno de personalidad depresivo" en el apéndice del DSM IV, pero desprovisto de su componente masoquista (previamente "tolerado" en el DSM III-R (APA, 1987) bajo el título aún políticamente correcto de personalidad "autodestructiva") (Kernberg, 1992).

Uno de los principales problemas de los sistemas clasificatorios, tanto categoriales como dimensionales, ha sido, desde mi punto de vista, la tendencia a situar la investigación empírica demasiado cerca de la conducta observada en la superficie, que puede cumplir funciones diferentes dentro de distintas estructuras de personalidad subyacentes. Así, por ejemplo, lo que aparece en la superficie como timidez social, fobia social, o inhibición, y que pudiese contribuir o al diagnóstico de una personalidad esquizoide o una personalidad evitativa, de hecho puede reflejar la cautela superficial de un individuo profundamente paranoico, o el miedo a la exposición de un individuo narcisísticamente grandioso, o una formación reactiva contra las tendencias exhibicionistas de una personalidad histérica. Un problema relacionado es la necesaria dependencia; en los trabajos de investigación a gran escala, de encuestas o cuestionarios estandarizados que tienden a ser respondidos, en parte, de acuerdo al valor social de los rasgos particulares: por ejemplo ser escrupuloso tiene un valor más deseable que ser irresponsable, ser generoso tiene más alto valor que ser envidioso, etc. Nuestros instrumentos diagnósticos requieren de mayor elaboración y pueden haber contribuido a varios de los problemas que tenemos.

No es mi intención proponer que una exploración psicoanalítica permitirá resolver todos estos problemas. No puedo ahora presentar, un modelo psicoanalítico de clasificación de los trastornos de personalidad que sea satisfactorio e integrado. La investigación psicoanalítica también ha sido limitada por la dificultad de evaluar rasgos anormales de personalidad fuera del contexto clínico, por los enormes problemas inherentes a llevar a cabo una investigación en la situación analítica en sí misma, y por las controversias que se han desarrollado dentro del psicoanálisis contemporáneo con respecto a las aproximaciones terapéuticas frente a algunos trastornos de personalidad, como por ejemplo las personalidades narcisistas y limitrofes.

Un estudio psicoanalítico de pacientes con trastornos de personalidad bajo tratamiento psicoanalítico, sin embargo, nos permite observar las relaciones entre los rasgos de personalidad patológicos del paciente entre la conducta superficial y la estructura subyacente, entre las diversas constelaciones de conducta patológica y sus cambios a medida que avanza el tratamiento, entre motivaciones conductuales y estructura psíquica, y entre cambios en la conducta del paciente y giros en los patrones transferenciales dominantes.

De hecho, la posibilidad de evaluar en conjunto motivación, estructura psíquica y cambio terapéutico de un paciente, provee importante información con respecto a los orígenes, funciones y mecanismos de ese cambio terapéutico en pacientes con trastorno de personalidad.

La observación de las interacciones entre los niños y sus cuidadores, desde una perspectiva psicoanalítica, el estudio de los efectos de traumas tempranos en el desarrollo del funcionamiento psicológico desde tal perspectiva, y de los esfuerzos para ligar estas observaciones con el estudio del desarrollo temprano desde las perspectivas conductual y biológica, deberían mutuamente enriquecer estos campos. Quizás aún más importante, la aproximación psicoanalítica al trastorno de personalidad permite, en mi opinión, desarrollar técnicas particulares para trabajar con las transferencias específicas de estos trastornos y obtener un cambio caracteriológico significativo como consecuencia de cambios en patrones

de transferencia; aunque esta es una observación clínica que aun requiere de mayor soporte empírico. En esta línea, algunos de los aspectos sutiles del diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad, facilitados por un abordaje psicoanalítico, permiten establecer indicadores fundamentales de pronóstico, por ejemplo la diferenciación entre trastorno de personalidad narcisista, síndrome de narcisismo maligno, y personalidad antisocial propiamente tal (Bursten, 1989; Hare, 1986; Kernberg, 1989; Stone, 1990).

## **Temperamento, carácter y estructura de personalidad normal**

---

Para empezar, me referiré al temperamento y al carácter que son elementos capitales de la personalidad. Temperamento, se refiere a la disposición innata, constitucionalmente dada, y en gran medida determinada genéticamente, a reacciones particulares frente a los estímulos ambientales, y se refiere especialmente a la intensidad, ritmo y umbrales de respuesta afectiva. Considero las respuestas afectivas, particularmente bajo estados y condiciones afectivas límite, como determinantes cruciales en la organización de la personalidad. Las diferencias innatas en los umbrales de activación tanto de afectos positivos, placenteros y gratificantes como de afectos negativos, dolorosos y agresivos; representan, en mi opinión, el puente más importante entre los determinantes biológicos y psicológicos de la personalidad (Kernberg, 1994). El temperamento también incluye disposiciones innatas a organizaciones cognitivas y conducta motora, tales como, las diferencias en las funciones cognitivas derivadas de diferencias hormonales; por ejemplo la influencia de la testosterona en la identidad de los roles de género que diferencia patrones conductuales masculinos y femeninos. En relación a la etiología de los trastornos de personalidad, son los aspectos afectivos del temperamento los que tienen importancia mayor.

Cloninger (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993), relacionó sistemas neuroquímicos particulares a disposiciones temperamentales que llamó: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia del refuerzo y persistencia. Debo señalar, sin embargo, que me parece cuestionable la traducción directa de Cloninger de tales disposiciones en los tipos específicos de trastornos de personalidad del sistema de clasificación del DSM IV. Torgersen (1985, 1994), en base a sus estudios en gemelos de la influencia genética y ambientales en el desarrollo de los trastornos de la personalidad, señala que las influencias genéticas son significativas sólo para el trastorno de personalidad esquizotípico, y, en términos prácticos, aunque tienen una relación significativa con las características de la personalidad normal, evidencian muy poca relación con los trastornos de personalidad específicos.

Además del temperamento, el carácter es otro de los aspectos fundamentales de la personalidad. Carácter se refiere a la particular organización dinámica de los patrones conductuales de cada individuo que refleja el grado y nivel global de la organización de estos patrones. Mientras la psicología académica diferencia carácter de personalidad; la terminología clínicamente relevante, de patología del carácter, neurosis del carácter y carácter neurótico, se refiere a las mismas condiciones denominadas rasgos de personalidad y patrones de personalidad alterados, en anteriores clasificaciones DSM, y trastornos de personalidad DSM III y DSM IV. Desde una perspectiva psicoanalítica propongo que el



carácter se refiere a las manifestaciones conductuales de la identidad del Yo ; en tanto que los aspectos subjetivos de la identidad del Yo como la integración del concepto del self y del concepto de los otros significativos son las estructuras intrapsíquicas que determinan la organización dinámica del carácter. El carácter incluye también todos los aspectos conductuales de lo que en terminología psicoanalítica se llama funciones del Yo y estructuras del Yo.

Desde un punto de vista psicoanalítico, la personalidad está codeterminada por el temperamento y el carácter, pero también por una estructura intrapsíquica adicional, el Superyó. La integración de sistemas de valores, la moral y la dimensión ética de la personalidad, -desde una perspectiva psicoanalítica la expresión de diversos niveles del Superyó, representan un componente importante de la personalidad total. La personalidad en sí, por lo tanto, puede ser considerada como la integración dinámica de todos los patrones conductuales derivados del temperamento, el carácter, y los sistemas de valores internalizados (Kernberg, 1976, 1980). Además, el inconsciente dinámico o el Ello constituye el sistema motivacional dominante y potencialmente conflictivo de la personalidad. El nivel hasta cual la integración sublimatoria de los impulsos del Ello en la funciones del Yo y el Superyó ha llegado, refleja la normalidad y el potencial adaptativo de la personalidad.

Presentaré ahora el modelo psicoanalítico que propongo para la clasificación de los trastornos de personalidad, incorporaré contribuciones significativas de otros investigadores y teóricos psicoanalíticos tales como Salman Akhtar (1989, 1992), Rainer Krause (1988; Krause & Lutolf, 1988), Michael Stone (1980, 1990, 1993a), and Vamik Volkan (1976, 1987). La personalidad normal se caracteriza, primero que nada, por un concepto integrado de sí mismo, y un concepto integrado de los otros significativos. Estas características estructurales, llamadas en su conjunto, identidad del Yo (Erikson, 1956; Jacobson, 1964), se reflejan en una sensación interna y un apariencia externa de coherencia del sí mismo, y son una condición previa fundamental para una autoestima normal, capacidad de sentir placer y gusto por la vida. Una visión integrada del sí mismo asegura la posibilidad de llevar a cabo los propios deseos, desarrollar capacidades, y realizar compromisos a largo plazo. Una visión integrada de los otros significativos garantiza una evaluación apropiada de los otros, empatía, y una investidura emocional en los otros que implica tanto una capacidad madura de dependencia como el poder mantener al mismo tiempo un sentido consistente de autonomía.

Una segunda característica estructural de la personalidad normal, en gran medida derivada, y a su vez una expresión de la identidad del Yo, es la presencia de fortaleza yoica, particularmente reflejada en un amplio espectro de disposiciones emocionales, en la capacidad para el afecto y el control de impulsos, y en la capacidad para el investimento sublimatorio del trabajo y los valores, a lo cual contribuye también en forma importante la integración del Superyó. La consistencia, persistencia y la creatividad en el trabajo, así como en las relaciones interpersonales, también derivan, en gran medida, de una identidad del Yo normal, como también la capacidad de confianza, reciprocidad y compromiso con los demás, igualmente codeterminadas en forma importante por funciones del Superyó (Kernberg, 1975).

Un tercer aspecto de la personalidad normal es un Superyó integrado y maduro, que representa la internalización de un sistema de valores estable, despersonificado, abs-

tracto, individualizado y no excesivamente dependiente de prohibiciones infantiles inconscientes. Tal estructura superyoica se refleja en un sentido de responsabilidad personal, capacidad de autocrítica realista, integridad, así como flexibilidad en el manejo de aspectos éticos de la toma de decisiones, compromiso con las normas, valores e ideales, y junto con esto, en la capacidad de contribuir a funciones yoicas, como ya se mencionó previamente, tales como reciprocidad, confianza y relaciones profundas.

Un cuarto aspecto de la personalidad normal es un manejo apropiado y satisfactorio de impulsos libidinales (sexuales) y agresivos. La sexualidad, en un sentido amplio, involucra la capacidad de una expresión completa de las necesidades sensoriales y sexuales, integrada a la ternura y al compromiso emocional con el otro amado, y un grado normal de idealización del otro y de la relación. Aquí, claramente, la libertad de la expresión sexual está integrada con la identidad del Yo y el ideal del Yo. Respecto a la agresión, una estructura de personalidad normal incluye una capacidad sublimatoria para la autoafirmación, para tolerar los ataques sin una reacción excesiva, para reaccionar en forma defensiva y para evitar volver la agresión contra sí mismo. Una vez más, las funciones del Yo y el Superyó, contribuyen al equilibrio con la identidad del Yo y el ideal del Yo. En relación a la agresión, una estructura de personalidad normal incluye la capacidad de sublimación.

Bajo estos elementos de la personalidad normal –recientemente sintetizadas por Wallerstein (1991) en un conjunto de escalas de capacidad psicológica–, subyacen precondiciones estructurales y dinámicas significativas. Las precondiciones estructurales son procesos del desarrollo mediante los cuales las internalizaciones de las interacciones tempranas con los otros significativos, o sea relaciones objetales, llevan a completar una serie de etapas sucesivas que transforman estas relaciones objetales internalizadas en la identidad del Yo normal descrita anteriormente. Me refiero aquí a la secuencia de internalización de relaciones objetales hacia el Yo temprano, que comienza con la fase simbiótica descrita por Mahler (Mahler & Furer, 1968; Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Desde mi punto de vista, la internalización de representaciones del sí mismo y de los objetos fusionados bajo la dominancia de un estado afectivo positivo o negativo muy intenso, conduce a representaciones fusionadas del sí mismo y de los objetos que son “totalmente buenas” o “totalmente malas”. Tales estados de fusión simbiótica se alternan con otros estados de internalización de representaciones diferenciadas del sí mismo y los objetos en condiciones de activación afectiva baja, que proveerán modelos internalizados comunes de interacción, mientras que las relaciones objetales internalizadas inicialmente, fusionadas bajo condiciones de estados afectivos intensos, conducirán a las estructuras básicas del inconsciente dinámico, el Ello. Mi definición del Ello lo caracteriza como la suma total de lo reprimido, disociado y proyectado, conscientemente inaceptable: la internalización de relaciones objetales en estados afectivos intensos. Libido y agresión son sistemas motivacionales jerárquicamente supraordinados que representan, respectivamente, la integración de estados afectivos intensos positivos y negativos (Kernberg, 1992, 1994).

En una segunda etapa del desarrollo del Yo, nuevamente mediante estados afectivos de máxima intensidad, se lleva a cabo una diferenciación gradual entre las representaciones del sí mismo y los objetos, bajo condiciones de interacciones totalmente buenas o totalmente malas, las que conducen a unidades internas constituidas por representaciones

del sí mismo, del objeto y el afecto dominante. En mi opinión, estas unidades conforman las estructuras básicas de la matriz Yo-Ello original que caracteriza la etapa de separación-individuación descrita por Mahler.

Eventualmente, bajo condiciones normales, en una tercera etapa del desarrollo, las representaciones totalmente buenas y totalmente malas del sí mismo se unen en un concepto integrado del sí mismo que tolera una visión realista del sí mismo como potencialmente imbuido tanto de impulsos de amor como de odio. Una integración paralela ocurre con las representaciones de los otros significativos, en una combinación de representaciones totalmente buenas/totalmente malas de cada una de las personas importantes en la vida del niño, primordialmente los padres, pero también los hermanos. Estos desarrollos determinarán la capacidad de experimentar relaciones integradas y ambivalentes hacia los otros, en contraste con la escisión en relaciones objetales idealizadas y persecutorias. Esto marca la etapa de la constancia objetal o de relaciones objetales internalizadas totales, en contraste con la anterior etapa de la separación-individuación en la que las relaciones objetales parciales, mutuamente escindidas dominaban la experiencia psíquica. Una normal identidad del Yo, así definida, constituye el núcleo del Yo integrado, ahora diferenciado del Ello y el Superyó, mediante barreras represivas.

Este modelo psicoanalítico incluye una serie evolutiva de estructuras psíquicas constitutivas. Comienza con el desarrollo paralelo de relaciones objetales realistas en condiciones de activación afectiva baja y de relaciones objetales simbióticas en condiciones de activación afectiva alta. A esto le sigue la fase de separación-individuación que se caracteriza por un aumento continuo de relaciones realistas en condiciones de afectividad baja, pero con uso significativo de la escisión y sus mecanismos de defensa relacionados bajo la activación de estados afectivos intensos. Esto finalmente lleva a la fase de constancia objetal, en la que se desarrolla un concepto más realista e integrado del sí mismo y los otros significativos en el contexto de la identidad del Yo y, al mismo tiempo, la represión elimina de la conciencia las manifestaciones más extremas de los impulsos agresivos y sexuales que ya no pueden ser tolerados bajo el efecto de la integración normal del Superyó.

Este modelo, estructural y evolutivo, también concibe al Superyó como constituido por capas sucesivas de representaciones internalizadas del sí mismo y de los objetos (Jacobson, 1964; Kernberg, 1984). Una primera capa de relaciones objetales internalizadas totalmente malas o "persecutorias" que refleja una moralidad primitiva, prohibitiva y demandante, tal como el niño experimenta las demandas y prohibiciones ambientales que chocan en contra de la expresión de sus impulsos agresivos, dependientes y sexuales. Una segunda capa de precursores superyoicos está constituido por las representaciones ideales de sí mismo y los otros reflejando los ideales de la temprana infancia que prometen la reafirmación del amor y la dependencia si el niño cumple con ellos. La disminución mutua del tono del nivel persecutorio más temprano y del nivel idealizante posterior de las funciones superyoicas, junto con la correspondiente disminución de la tendencia a re proyectar estos precursores superyoicos, produce luego la capacidad de internalizar demandas y prohibiciones de las figuras parentales, más realistas y de menor tono, lo que lleva a la tercera capa del Superyó que correspondería a la etapa de constancia objetal del Yo. El proceso integrador del Yo,

facilita de hecho este desarrollo paralelo del Superyó que, integrado, fortalece a su vez la capacidad para relacionarse con objetos junto con la autonomía: un sistema de valores internalizado hace al individuo menos dependiente de la confirmación o el control externo de su conducta, facilitando a su vez el compromiso más profundo en las relaciones con otros. En suma, autonomía e independencia, por un lado, y una capacidad para la dependencia madura, por otro, van de la mano.

Habiendo resumido así mi modelo del desarrollo del aparato psíquico que hace derivar las estructuras del Yo, Ello y Superyó a partir de niveles sucesivos de internalización, diferenciación e integración de relaciones objetales, me dedicaré ahora a los aspectos dinámicos de este desarrollo, los factores motivacionales subyacentes a la estructuración, en otras palabras, a establecer una teoría de las pulsiones desde la psicología del Yo y la teoría de las relaciones objetales.

## **Aspectos motivacionales de la personalidad: afectos y pulsiones**

---

Como lo mencioné antes, considero las pulsiones de libido y agresión como una integración jerárquicamente superior correspondientemente de estados afectivos placenteros y gratificantes, y de estados afectivos dolorosos y aversivos (Kernberg, 1992, 1994). Los afectos son componentes instintivos de la conducta humana, es decir disposiciones innatas comunes a todos los individuos de la especie. Emergen en el curso de fases tempranas del desarrollo, y gradualmente se organizan en pulsiones mientras se activan como parte de relaciones objetales tempranas. Afectos gratificantes y placenteros se integran en la libido como pulsión superior, afectos dolorosos y negativos se integran en la agresión como pulsión superior. Los afectos como modos de reacción innatos, constitucionales y genéticamente determinados, son desencadenados en un principio por diversas experiencias fisiológicas y corporales y luego, gradualmente, en el contexto del desarrollo de las relaciones objetales.

La rabia representa el afecto nuclear de la agresión como una pulsión, las vicisitudes de la rabia explican, desde mi punto de vista, los orígenes del odio y la envidia los –afectos dominantes de los trastornos severos de personalidad– como también de la rabia y la irritabilidad normal. En forma similar, la excitación sexual constituye el afecto nuclear de la libido. La excitación sexual, lenta y gradualmente, se cristaliza en el afecto primitivo de elación. Las respuestas sensoriales tempranas al contacto corporal íntimo dominan el desarrollo de la libido paralelamente al de la agresión.

Krause (1988) ha propuesto que los afectos constituyen un sistema biológico filogenéticamente reciente que ha evolucionado en los mamíferos como un modo en el que el infante animal señala sus necesidades a su madre; ha evolucionado correspondientemente con la capacidad innata de la madre para leer y responder a las señales del infante, protegiendo así el desarrollo temprano del mamífero. Este sistema instintivo alcanza complejidad y dominancia creciente en el control de la conducta social en los mamíferos superiores, particularmente en los primates.

El desarrollo de las relaciones objetales está impulsado por los afectos, es decir, interacciones reales y fantaseadas son internalizadas como un complejo mundo de representaciones del sí mismo y los objetos en el contexto de interacciones afectivas; constituyen, según propongo, los determinantes de la vida mental inconsciente y de la estructura del aparato psíquico. Los afectos, entonces, son tanto los cimientos de las pulsiones como las señales de activación de las pulsiones en el contexto de la activación de una relación objetal internalizada particular, como típicamente se expresan en los desarrollos de la transferencia durante el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica.

En contraste con otras teorías psicoanalíticas de las relaciones objetales, he sostenido que aun necesitamos de una teoría de las pulsiones, porque una teoría de la motivación basada sólo en los afectos complicaría innecesariamente al análisis de la relación entre la transferencia y los objetos dominantes de la infancia y la niñez. Existen múltiples afectos positivos y negativos que se expresan hacia un mismo otro significativo, y una teoría de los afectos que ubique los motivos sólo en los afectos no tomará en consideración las líneas de desarrollo de las pulsiones libidinal y agresiva que organizan la historia de las relaciones objetales internalizadas pasadas que hemos podido clarificar en el contexto de la exploración psicoanalítica.

Creo que esta teoría de la motivación nos permite dar cuenta de un concepto de disposiciones innatas a la activación de afectos en forma excesiva o inadecuada, haciendo así justicia a las variaciones genéticas y constitucionales en la intensidad de los impulsos, reflejadas, por ejemplo, en la intensidad, ritmo y umbrales de activación afectiva comúnmente designados como temperamento. Esta teoría nos permite, igualmente, incorporar los efectos del dolor físico, del trauma psíquico y de severas alteraciones en las relaciones objetales tempranas, como factores que contribuyen a intensificar la agresividad como impulso mediante el desencadenamiento de afectos negativos intensos. En suma, esta teoría hace justicia, según creo, a la afirmación de Freud (1915) que las pulsiones ocupan un dominio intermedio entre lo físico y lo psíquico.

Estudios recientes de la alteración de sistemas de neurotransmisores en trastornos severos de la personalidad, particularmente en el trastorno de personalidad límite, aunque en forma tentativa y abiertos a distintas interpretaciones, apuntan a la posibilidad de que los neurotransmisores estén relacionados con distorsiones específicas en la activación de los afectos (Stone, 1993a, 1993b). Las anormalidades en los sistemas adrenérgico y colinérgico, por ejemplo, podrían relacionarse con una inestabilidad afectiva general; los déficit en el sistema dopaminérgico podrían relacionarse con una disposición hacia los síntomas psicóticos transitorios en los pacientes límite; una conducta agresiva, impulsiva y autodestructiva podría ser facilitada por una baja en la función del sistema serotoninérgico (de Vegvar, Siever, & Trestman, 1994; Steinberg y cols., 1994; Stone, 1993a, 1993b; van Reekum, Links, & Fedorov, 1994; Yehuda, Southwick, Penn, & Giller, 1994). En general, las disposiciones genéticas a las variaciones temperamentales en la activación afectiva parecerían estar mediadas por alteraciones en los sistemas de neurotransmisores, entregando un potencial nexo entre los determinantes biológicos de la respuesta afectiva y desencadenantes psicológicos de afectos específicos.

Estos aspectos de las disposiciones innatas en la activación de la agresión mediadas por la activación de estados afectivos agresivos son complementarios con el hallazgo bien establecido de que la conducta agresiva estructurada en niños puede derivar de dolor físico, crónico, severo y temprano, y que, tal como lo sabemos desde los trabajos de Galenson (1986) y Fraiberg (1983), interacciones crónicamente agresivas con la madre son seguidas de una conducta similar en los niños. Los convincentes argumentos de Grossman (1986, 1991), en favor de la transformación directa del dolor crónico en agresión, provee de un contexto teórico para las primeras observaciones del síndrome del niño maltratado. Los impresionantes hallazgos de la alta prevalencia de abuso físico y sexual en la historia de pacientes límite, confirmados por investigadores en Estados Unidos y Europa (Marziali, 1992; Perry & Herman, 1993; van der Kolk, Hostetler, Herron, & Fislér, 1994), otorgan evidencia adicional a la influencia del trauma en el desarrollo de manifestaciones severas de agresión.

Estoy dándole énfasis a este modelo para nuestra comprensión de la patología de la agresión, porque la exploración de los trastornos severos de la personalidad revela consistentemente una predominancia patológica de la agresión como un aspecto relevante de su psicopatología. Un aspecto clave de la personalidad normal es la dominancia de los impulsos libidinales sobre los agresivos. La neutralización de las pulsiones, en mi formulación, implica la integración de relaciones objetales internalizadas investidas libidinal y agresivamente, originalmente escindidas en relaciones objetales idealizadas y persecutorias; es un proceso que lleva desde la separación-individuación a la constancia objetal, culmina en un concepto integrado de sí mismo y de los otros significativos y la integración de los estados derivados de las series agresiva y libidinal en una disposición afectiva de tono bajo, discreta, elaborada y compleja, propia de la fase de constancia objetal.

Mientras que un aspecto motivacional central de los trastornos severos de personalidad, es el desarrollo desproporcionado de la agresión y la psicopatología relacionada con la expresión de afectos agresivos, la patología dominante de los trastornos de personalidad menos severos que, en contraste con la organización límite de personalidad –trastornos severos de personalidad–, he denominado “organización neurótica de personalidad” (Kernberg, 1975, 1976, 1980, 1984), corresponde a la patología de la libido o de la sexualidad. Este campo incluye particularmente a las personalidades histérica, obsesivo-compulsiva, y depresivo-masoquista, aunque es más evidente en el trastorno de personalidad histérico (Kernberg, 1984). A pesar de que estos tres son todos trastornos de personalidad frecuentes en la práctica ambulatoria, solo la personalidad obsesivo compulsiva está incluida en la lista principal del DSM IV (APA, 1994). El trastorno de personalidad depresivo-masoquista está parcialmente incluido en el apéndice del DSM IV, despojado de sus componentes masoquistas (que si fueron incluidos en el apéndice del DSM III-R (APA, 1980). La personalidad histérica si estaba incluida en el DSM II (APA, 1968) (y esperamos que sea redescubierta en el DSM V, si las políticas institucionales lo permiten). En estos trastornos, en el contexto de logro de la constancia objetal, de un Superyó integrado, de una identidad yoica bien desarrollada, y de un nivel avanzado de operaciones defensivas centradas en la represión, domina la típica patología de inhibición sexual, edipización de las relaciones objetales y la actuación de la culpa inconsciente provocada por impulsos sexuales infantiles. En contraste en la organización de personalidad límite, la sexualidad está generalmente dominada por la agresión, la conducta e interacción sexual está íntimamente condensada con deseos agresivos, esto limita

o distorsiona severamente la intimidad sexual y las relaciones de amor, y ampara el desarrollo anormal de parafilias con su alta condensación de deseos sexuales y agresivos.

Una temprana clasificación psicoanalítica de los trastornos de personalidad, derivada de Freud (1908, 1931) y Abraham (1920, 1921-1925), describía los caracteres oral, anal y genital, es una clasificación que en la práctica ha sido paulatinamente abandonada ya que la exploración psicoanalítica de los trastornos severos de personalidad presentan condensaciones patológicas de todas esas etapas. La clasificación propuesta por Freud y Abraham parece tener valor cuando se limita a constelaciones menos severas de los trastornos de personalidad (Kernberg, 1976). Al mismo tiempo, sin embargo, sus descripciones de la relación entre los conflictos orales, la dependencia patológica, la tendencia a la depresión y la agresión autodirigida es eminentemente relevante para los trastornos de personalidad a lo largo del espectro total del desarrollo, y se puede observar más específicamente en la personalidad depresivo-masoquista (Kernberg, 1992). Este trastorno, aunque refleja un nivel avanzado y una organización neurótica de personalidad, transporta, por así decir, una constelación de conflictos orales de forma relativamente inmodificada hacia el ámbito edípico. En forma similar, los conflictos anales son más claramente observables en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que, de manera paralela al trastorno depresivo-masoquista, transporta conflictos anales hacia el ámbito de los conflictos edípicos de la constancia objetal. Sin embargo, los conflictos anales son relevantes en todo el espectro de los trastornos de personalidad.

Fenichel (1945), intentó una clasificación psicoanalítica de las constelaciones psicopatológicas en tipos sublimatorios y tipos reactivos, los tipos reactivos que incluyen los de evitación (fobias) y los de oposición (formaciones reactivas). Posteriormente procedió a clasificar los trastornos de personalidad o la patología del carácter en conducta patológica hacia el Ello (conflictos orales, anales y fállicos), hacia el Superyó (masoquismo moral, psicopatía, *acting out*), y hacia los objetos externos (inhibiciones patológicas, celos patológicos, pseudohipersexualidad). Esta clasificación fue abandonada en la práctica, principalmente, porque se hizo evidente que toda patología del carácter presenta una conducta patológica hacia esas estructuras psíquicas.

## Un modelo psicoanalítico de nosología

---

Mi clasificación de los trastornos de personalidad se centra en la dimensión de la severidad (Kernberg, 1976). La severidad va desde la organización psicótica de personalidad, la organización limítrofe de personalidad y la organización neurótica de personalidad (ver Figura N° 1).

### Organización psicótica de la personalidad

La organización psicótica de personalidad se caracteriza por falta de integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos, es decir, difusión de identidad, una predominancia de operaciones defensivas primitivas centradas en torno a la escisión y pérdida de la prueba de realidad. Las operaciones defensivas de escisión y sus derivados

(identificación proyectiva, negación idealización primitiva, omnipotencia, control omnipotente, devaluación), tienen la función básica de mantener separadas las relaciones objetales internalizadas persecutorias de las idealizadas, ambas derivadas de las fases tempranas del desarrollo que precede a la constancia objetal –cuando internalizaciones agresivamente determinadas dominan el mundo interno de relaciones objetales–, debe prevenirse el control o destrucción de relaciones objetales ideales por relaciones objetales infiltradas de agresión. Esta constelación primitiva de operaciones defensivas centradas en torno a la escisión intenta así proteger la capacidad del individuo de depender de objetos buenos y escapar a la aterrorizante agresión. Esta constelación básica de operaciones defensivas primitivas domina con mayor claridad en la organización limítrofe de personalidad, mientras que, en la organización psicótica, adicionalmente, ayuda a compensar la pérdida en la prueba de realidad.

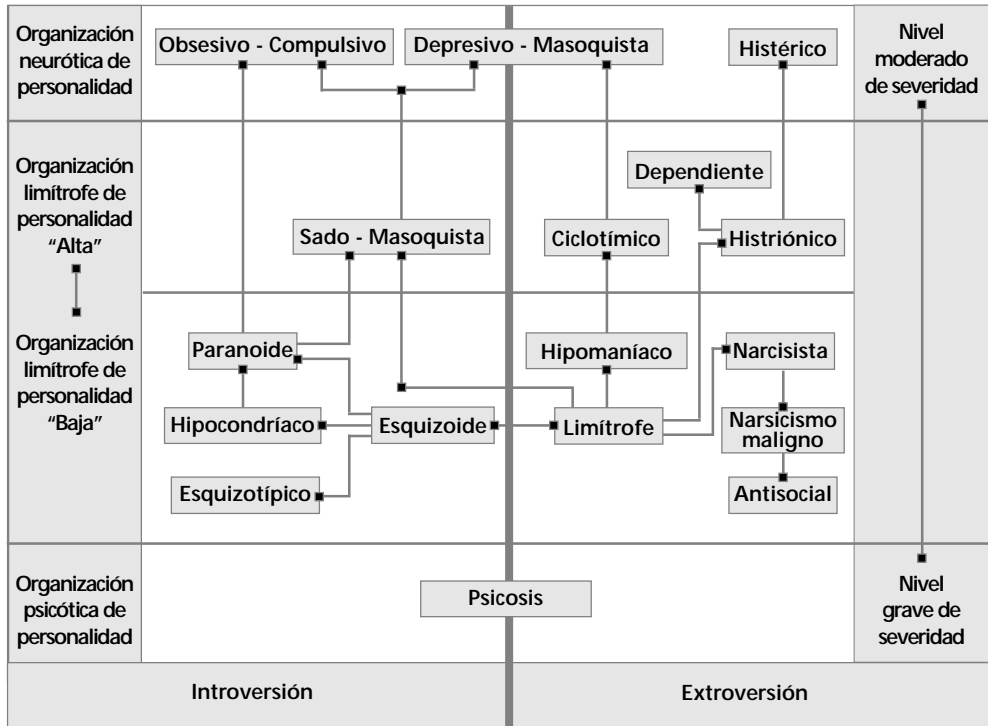
La prueba de realidad se refiere a la capacidad de diferenciar sí mismo de no sí mismo, estímulos intrapsíquico o extrapsíquicos, y a la capacidad de mantener empatía con los criterios sociales, ordinarios, de realidad; todo esto, por lo general, se pierde en la psicosis, y se refleja particularmente en alucinaciones y delirios (Kernberg, 1976, 1984). La pérdida de la prueba de realidad refleja la falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y los objetos bajo condiciones de estados afectivos de máxima intensidad, esto es, una persistencia estructural de la fase simbiótica del desarrollo o, por así decirlo, su hipertrofia patológica. Las defensas primitivas centradas en la escisión intentan proteger a estos pacientes del caos en las relaciones objetales derivado de la pérdida de los límites del Yo en relaciones intensas con otros. Todos los pacientes con organización psicótica de personalidad representan distintas formas de psicosis. Por lo tanto, en rigor, la presencia de organización psicótica de personalidad representa un criterio de exclusión para diagnosticar trastorno de personalidad.

## **Organización limítrofe de personalidad**

La organización limítrofe de personalidad también se caracteriza por difusión de identidad, y por la predominancia de operaciones defensivas primitivas centradas en la escisión; pero se distingue por la presencia de una adecuada prueba de realidad, reflejada en la diferenciación de las representaciones del sí mismo y los objetos tanto en el sector idealizado como en el persecutorio, características típicas de la fase de separación-individuación (Kernberg, 1975). Esta categoría incluye todos los trastornos severos de personalidad presentes en la práctica clínica. Algunos trastornos típicos de personalidad incluidos aquí son el trastorno limítrofe de personalidad, los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípicos, el trastorno paranoide de personalidad, el trastorno hipomaniaco de personalidad, la hipocondriasis (un síndrome que tiene muchas características de trastorno de personalidad), el trastorno narcisista de personalidad (incluido el síndrome de narcisismo maligno (Kernberg, 1992) y el trastorno de personalidad antisocial.



Figura N° 1 • Clasificación de los Trastornos de Personalidad



Todos estos pacientes presentan síndrome de difusión de identidad, manifestaciones de operaciones defensivas primitivas y grados variables de deterioro del Superyó (conducta antisocial). Un grupo particular de estos pacientes presenta además un deterioro mayor del Superyó, el trastorno narcisista de personalidad, el síndrome de narcisismo maligno y el trastorno antisocial de personalidad.

Todos los trastornos de personalidad en el espectro límite presentan, a causa de la difusión de identidad, severas distorsiones en sus relaciones interpersonales, específicamente, presentan problemas en las relaciones íntimas con los otros, falta de metas consistentes en términos de compromiso con el trabajo o la profesión, incertidumbre y falta de dirección en muchas áreas de sus vidas, y distintos grados de patología en la vida sexual. Frecuentemente presentan incapacidad de integrar sentimientos tiernos con los sexuales, pero también pueden presentar una vida sexual caótica con tendencias infantiles perversopolimorfas. Los casos más severos, sin embargo, pueden presentarse con una inhibición generalizada de todas las respuestas sexuales como consecuencia de falta de activación suficiente de respuestas sensoriales en la relación temprana con el cuidador, pueden presentarse con una excesiva predominancia de agresión que interfiere con la sensualidad. Todos estos pacientes también presentan manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica, es decir, falta de tolerancia a la ansiedad, bajo

control de impulsos y un débil funcionamiento sublimatorio en términos de incapacidad para la consistencia, persistencia y creatividad en el trabajo.

Un grupo particular de trastornos de personalidad que, aunque presenta las características típicas de la organización límite de personalidad, presenta capacidad de mantener una adaptación social más satisfactoria y, generalmente, es más efectivo en obtener algún grado de intimidad en las relaciones objetales y en integrar impulsos sexuales con sentimientos tiernos. Estos pacientes, aunque presentan difusión de identidad, también evidencian un desarrollo suficientemente no conflictivo de algunas funciones yoicas, integración del Superyó y un ciclo benigno de relaciones íntimas, además son capaces de sentir gratificación en la dependencia y tienen mejor adaptación al trabajo, ello da cuenta de diferencias cuantitativas significativas. Ellos constituyen lo que puede ser llamado una organización límite de personalidad de nivel alto, o un nivel intermedio de trastorno de personalidad. Este grupo incluye la personalidad ciclotímica, la personalidad sadomasoquista, la personalidad infantil o histriónica, las personalidades dependientes, así como algunos trastornos narcisistas de mejor funcionamiento.

## **La organización neurótica de personalidad**

El siguiente nivel de organización de personalidad, la organización neurótica de personalidad, se caracteriza por una identidad yoica normal relacionada con una capacidad de relaciones objetales profundas; fortaleza del Yo reflejada en tolerancia a la ansiedad, control de impulsos; funcionamiento sublimatorio, efectividad y creatividad en el trabajo, y capacidad para el amor sexual e intimidad emocional sólo perturbada por sentimientos inconscientes de culpa reflejados en patrones patológicos específicos de interacción bajo condiciones de intimidad sexual. Este grupo incluye, las personalidades histérica, depresivo-masoquista, obsesiva, y muchos de los llamados trastornos de personalidad evitativos, en otras palabras el carácter fóbico de la literatura psicoanalítica que, desde mi punto de vista, es una entidad problemática. La inhibición social significativa o las fobias, pueden corresponder a varios tipos de trastornos de personalidad, ya que una estructura del carácter histérica como subyacente a la personalidad fóbica, tal como ha sido descrita en la literatura psicoanalítica más antigua, sólo se aplica en algunos casos.

## **Continuidades motivacionales, estructurales y del desarrollo**

---

Habiendo clasificado los trastornos de personalidad en términos de su severidad, examinaremos ahora algunas continuidades particulares dentro de este campo que establece, podría decirse, una red de vinculación psicopatológica entre trastornos de personalidad relacionados (ver Figura N° 1). El trastorno de personalidad límite y el trastorno de personalidad esquizoide pueden ser descritos como las formas más simples de trastornos de personalidad, reflejan una fijación a nivel de la separación-individuación, presentan la más pura expresión de una organización de personalidad límite. De hecho,

Fairbairn (1954) describió a la personalidad esquizoide como el prototipo de todos los trastornos de personalidad, aportó con una comprensión psicodinámica de estos pacientes que aun no ha sido superada. Describió las operaciones de escisión que separan las relaciones objetales internalizadas en buenas y malas, las díadas de representaciones sí mismo y de los objetos de relaciones objetales escindidas, el empobrecimiento de las relaciones interpersonales, y su reemplazo por una hipertrofia defensiva de la vida fantásica. El trastorno límite de personalidad, presenta características dinámicas similares, pero la patología se expresa en interacciones impulsivas, en el campo interpersonal, en contraste con la expresión de la patología en la vida fantásica y en el retraimiento social típico de la personalidad esquizoide. (Akhtar, 1992; Stone, 1994).

En el curso de la exploración psicoanalítica, la aparente falta de expresión de los afectos en la personalidad esquizoide se descubre como producto de severas escisiones que terminan por fragmentar la experiencia afectiva del paciente y vaciar su vida interpersonal, mientras que en sus relaciones objetales internalizadas predominan los mismos mecanismos de escisión que en los pacientes límites (Kernberg, 1975). En contraste, la vida intrapsíquica del paciente límite está actuada en sus patrones interpersonales, frecuentemente reemplazando el pensamiento consciente por patrones de conducta impulsivos y repetitivos. El paciente límite, entonces, evidencia la típica tríada de difusión de identidad, despliegue primitivo de los afectos (rabietas) y falta de control de impulsos. Bien puede ser que las diferencias descriptivas entre los trastornos de personalidad esquizoide y límite reflejen una dimensión temperamental, a saber, aquella de la extroversión y la introversión, uno de los más relevantes factores temperamentales, que posee distintos nombres en distintos modelos de clasificación.

La personalidad esquizotípica refleja la forma más severa del trastorno esquizoide de personalidad, mientras que la personalidad paranoide refleja un aumento de agresión en comparación con el trastorno de personalidad esquizoide, con una dominancia de mecanismos proyectivos y una autoidealización defensiva en relación a los esfuerzos para controlar un mundo externo lleno de figuras persecutorias. Si la escisión por sí misma es dominante en los trastornos de personalidad límite y esquizoide, la identificación proyectiva es predominante en el trastorno paranoide de personalidad. La personalidad hipocondríaca refleja una proyección de los objetos persecutorios al interior del cuerpo; las personalidades hipocondríacas muestran, frecuentemente, características paranoides y esquizoides.

La personalidad límite propiamente tal, presenta una intensidad de la activación afectiva y falta de control de los afectos que también sugiere la presencia de un factor temperamental; sin embargo la integración de los afectos libidinales y agresivos obtenida en el curso de un tratamiento, frecuentemente trae consigo una matización y modulación de las respuestas afectivas, ello hace dudar sobre la preponderancia del factor temperamental. El aumento del control de impulsos y la tolerancia afectiva que resulta del tratamiento ilustra como los mecanismos de escisión son centrales en esa patología. El trastorno de personalidad hipomaniaco, en contraste, parece incluir una patología de la activación afectiva que apunta, más claramente, hacia una predisposición temperamental, lo que también puede afirmarse para el caso de su forma más leve, la personalidad ciclotímica.

Los trastornos de personalidad límite que presentan intensa agresión, pueden evolucionar hacia el trastorno de personalidad sádico-masoquista. Si una disposición hacia un fuerte sadomasoquismo es incorporada en, o controlada por, una estructura superyoica relativamente sana, que también incorpora un potencial depresivo dentro de una disposición de respuestas cargadas de culpa, y se logra una identidad del Yo, las condiciones para una personalidad depresivo-masoquista estarán también presentes. La personalidad depresivo-masoquista puede ser considerada como el nivel más alto de dos líneas evolutivas que van desde la personalidad límite, pasando por la personalidad sádico-masoquista, hasta la depresivo-masoquista por un lado, y desde el trastorno de personalidad hipomaniaco, pasando por el ciclotímico, hasta el depresivo-masoquista, por el otro. Toda esta área de trastornos de personalidad refleja la internalización de relaciones objetales bajo condiciones anormales de desarrollo afectivo o de control de los afectos.

Cuando hay una severa disposición innata a reacciones agresivas, trauma temprano, patología severa de las relaciones objetales tempranas, enfermedad física, abuso sexual y/o físico, se intensifica la dominancia de la agresión en la estructura de la personalidad y se puede desarrollar una patología específica de la agresión, tal y como hemos visto, la personalidad paranoide, la hipocondría, el sadomasoquismo y también un subgrupo de los trastornos de personalidad narcisistas.

El trastorno narcisista de personalidad es de particular interés porque, en contraste con la evidente difusión de identidad de todos los otros trastornos de personalidad incluidos en la organización límite de personalidad, en la personalidad narcisista, la falta de integración del concepto de los otros significativos va de la mano de un integrado, pero patológico sí mismo grandioso. Este patológico sí mismo grandioso reemplaza a la falta de integración, subyacente, de un sí mismo normal (Akhtar, 1989; Plakun, 1989; Ronningstam & Gunderson, 1989). En el curso del tratamiento psicoanalítico o de psicoterapia psicoanalítica, se puede observar la disolución de ese sí mismo grandioso y patológico y la reemergencia de la típica estructura de difusión de identidad de la organización límite de personalidad, antes de que la nueva integración de una identidad yoica normal pueda ocurrir.

En la personalidad narcisista, el sí mismo grandioso y patológico absorbe tanto las representaciones del sí mismo y del objeto reales como las idealizadas en un poco realista e idealizado concepto del sí mismo, con un empobrecimiento paralelo de las estructuras superyoicas idealizadas, una predominancia de precursores superyoicos persecutorios, la proyección de estos precursores superyoicos persecutorios (como una protección en contra de la culpa patológica y excesiva) y un consecuente debilitamiento de las funciones superyoicas más integradas (Kernberg, 1975, 1984, 1992). La personalidad narcisista, en consecuencia, siempre presenta algún grado de conducta antisocial.

Cuando en una estructura de personalidad narcisista domina la patología de la agresión, el sí mismo grandioso y patológico puede verse infiltrado de agresión egosintónica, la grandiosidad se desarrolla combinada con crueldad, sadismo u odio que se traduce en el síndrome de narcisismo maligno, esto es, una combinación de personalidad narcisista con conducta antisocial, agresión egosintónica y tendencias paranoides. He propuesto

que este síndrome representa un nivel intermedio entre el trastorno de personalidad narcisista y el trastorno de personalidad antisocial propiamente tal, en éste se produce un deterioro total o ausencia de las funciones superyoicas (Kernberg, 1992). El trastorno de personalidad antisocial (Akhtar, 1992; Bursten, 1989; Hare, 1986; Kernberg, 1984), usualmente revela, en la exploración psicoanalítica, severas tendencias paranoides subyacentes, en conjunto con una incapacidad absoluta de cualquier investidura no explotadora hacia los otros significativos. La ausencia total de capacidad de sentir culpa, de sentir cualquier tipo de preocupación por sí mismo y por los otros, la incapacidad de identificarse con cualquier tipo de valor moral o ético, y la incapacidad de proyectarse en una dimensión de futuro, caracterizan a este trastorno de personalidad, diferenciándolo del menos severo, síndrome de narcisismo maligno, en el cual persiste algún grado de compromiso con los otros y se encuentra presente alguna capacidad para sentimientos de culpa auténticos. El punto en el cual la capacidad para mantener relaciones objetales no explotadoras –la capacidad de investidura significativa en otros– está todavía presente y el punto en el cual se mantienen o no conductas antisociales son los indicadores pronósticos más relevantes para cualquier tipo de abordaje psicoterapéutico en los trastornos de personalidad (Kernberg, 1975; Stone, 1990).

En un nivel más alto de desarrollo, la personalidad obsesivo-compulsiva puede concebirse como una en la que la agresión excesiva ha sido neutralizada por su absorción dentro de un Superyó integrado, pero excesivamente sádico, ello produce, en el paciente obsesivo-compulsivo, perfeccionismo, lo hace dudar de sí mismo, y le produce la necesidad permanente de controlar su ambiente y a sí mismo. Hay casos, sin embargo, en donde la neutralización de la agresión es incompleta, la severidad de la agresión determina elementos regresivos en este trastorno de personalidad; hay casos, de transición, en los que se mezclan elementos obsesivos, esquizoides y paranoides, que mantienen una organización limítrofe de personalidad a pesar de los elementos obsesivo-compulsivos.

Mientras el trastorno de personalidad infantil o histriónico es una forma más leve del trastorno de personalidad limítrofe, aunque dentro del espectro limítrofe, el trastorno histérico de personalidad representa un nivel superior al trastorno infantil o histriónico de personalidad y dentro del espectro neurótico de organización de personalidad. En la personalidad histérica, la labilidad emocional, la extroversión, los rasgos dependientes y exhibicionistas de la personalidad histriónica, se restringen al ámbito sexual; mientras estos pacientes son capaces de mantener relaciones objetales diferenciadas, normalmente profundas, maduras y comprometidas en otras áreas. Además, en contraste con la libertad sexual típica de la personalidad infantil, la personalidad histérica, frecuentemente presenta una combinación de pseudohipersexualidad e inhibición sexual, con una particular diferenciación de las relaciones a los hombres y a las mujeres, en contraste con la orientación inespecífica hacia ambos sexos de la personalidad infantil o histriónica (Kernberg, 1992).

El trastorno de personalidad depresivo-masoquista (Kernberg, 1992), es la culminación de más alto nivel de la patología del afecto depresivo, así como de la patología sadomasoquista característica del dominio de la agresión en las relaciones objetales primitivas, presenta no sólo un Superyó bien integrado, como todas las otras personalidades con una organiza-

ción neurótica, sino un Superyó extremadamente punitivo. Este Superyó predispone, al paciente, a una actitud derrotista, reflejo de una necesidad inconsciente de sufrir para expiar sus sentimientos de culpa o como precondition para el placer sexual; esto es una manifestación de la dinámica edípica característica de los pacientes con un nivel neurótico de organización de personalidad. La excesiva dependencia y el alto sentido de la frustración de estos pacientes va de la mano con el "defecto en el metabolismo de la agresión", en donde una respuesta depresiva sobreviene cuando una respuesta agresiva hubiera sido la adecuada, y una respuesta excesivamente agresiva producto de la frustración de sus necesidades de dependencia puede convertirse rápidamente en una respuesta depresiva como consecuencia de excesivos sentimientos de culpa.

## Otras consideraciones sobre las implicaciones de esta clasificación

La clasificación combina un concepto estructural y del desarrollo del aparato psíquico basado en la teoría de las relaciones objetales internalizadas que permite clasificar los trastornos de personalidad de acuerdo a la severidad de la patología, el nivel en que esa patología está dominada por agresión, el nivel en el que las disposiciones afectivas influyen el desarrollo de la personalidad, el desarrollo de una estructura de sí mismo grandioso, y la influencia potencial de las disposiciones temperamentales en la dimensión introversión/extraversión. En un análisis combinado de las vicisitudes de los conflictos instintivos entre amor y agresión, y del desarrollo de las estructuras del Yo y el Superyó, esta clasificación nos permite diferenciar y relacionar las distintas patologías de la personalidad.

Esta clasificación también nos ilumina acerca de las ventajas de combinar los criterios dimensionales y categoriales. Hay, claramente, dimensiones evolutivas que relacionan los distintos trastornos de personalidad, particularmente a lo largo de un eje de severidad. La Figura N° 1 resume las relaciones entre los diversos trastornos de personalidad, tal como se muestra a continuación. Así, una línea evolutiva vincula los trastornos de personalidad hipomaniaco, ciclotímico y depresivo-masoquista. Otra línea evolutiva une los trastornos de personalidad límite, infantil o histriónico e histérico. Todavía otra línea evolutiva liga, de forma compleja, los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico, paranoide e hipocondríaco, y, en un nivel más alto, vincula al trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Y, finalmente, una línea evolutiva vincula la personalidad antisocial, el síndrome de narcisismo maligno y el trastorno de personalidad narcisista; este último, a su vez, contiene un amplio espectro de severidad. Más relaciones, entre los trastornos de personalidad más prevalentes, se indican en la Figura N° 1.

Desde mi perspectiva, las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas y el desarrollo de las respuestas afectivas emergen como los componentes básicos de un acercamiento psicoanalítico contemporáneo a los trastornos de personalidad. Ya he enfatizado por qué el concepto de pulsiones como una integración superior de series correspondientes de afectos agresivos y libidinales es importante para configurar un modelo evolutivo y estructural global. Al mismo tiempo, las vicisitudes evolutivas de las relaciones objetales internalizadas permiten profundizar nuestra comprensión de las respuestas afectivas de estos pacientes.

Los afectos siempre incluyen un componente cognitivo, una experiencia subjetiva altamente placentera o displacentera, fenómenos de descarga neurovegetativa, activación psicomotora y, en forma crucial, un patrón distintivo de expresión facial que, originalmente, desempeña una función comunicativa dirigida al cuidador. El aspecto cognitivo de las respuestas afectivas siempre refleja, a su vez, la relación entre una representación del sí mismo y una representación del objeto, esto facilita el diagnóstico de la relación objetal activada en cada estado afectivo que emerge en la relación terapéutica.

Una ventaja crucial de la clasificación de los trastornos de personalidad propuesta, es que los conceptos estructurales subyacentes permiten una traducción inmediata de los estados afectivos del paciente en la relación objetal activada en la transferencia y permiten una lectura de la transferencia en términos de la activación de una relación que típicamente alterna en la proyección de las representaciones del sí mismo y del objeto. Mientras más severa es la patología del paciente, más fácilmente puede proyectar ya sea su representación de sí mismo o su representación objetal en el terapeuta mientras él actúa la representación de sí mismo o del objeto recíproca. Esto ayuda a clarificar, en medio de intensas activaciones afectivas, la naturaleza de la relación y permite, mediante la interpretación gradual de los desarrollos transferenciales, la integración de las representaciones del sí mismo y de los otros significativos que se encontraban, en el paciente, previamente escindidas. Esta conceptualización, por lo tanto, tiene implicancias directas en el enfoque terapéutico de los trastornos de personalidad. La sección final de este estudio, describe una psicoterapia psicoanalítica derivada de este marco conceptual desarrollada por nuestro grupo de investigación sobre la organización limítrofe de personalidad (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989).

Esta clasificación también ayuda a clarificar las vicisitudes del desarrollo de las pulsiones sexuales y agresivas. A partir de la respuesta inicial de rabia, como afecto básico, se desarrolla la estructuración del odio como estado afectivo central de los trastornos severos de personalidad; el odio, a su vez, puede tomar la forma de envidia, consciente o inconsciente, o de una necesidad excesiva de venganza que teñirá los correspondientes desarrollos transferenciales. En forma similar, con respecto a la respuesta sexual, la comprensión psicoanalítica de las relaciones objetales internalizadas activadas en la fantasía sexual y la experiencia sexual facilita el diagnóstico y tratamiento de condensaciones anormales de excitación y odio, tal como las de perversiones o parafilias, y de las inhibiciones en la sexualidad y restricciones en la responsividad sexual derivadas de su absorción en los conflictos del pacientes en torno a las relaciones objetales internalizadas.

La identificación inconsciente del paciente con el rol de víctima y victimario en casos de trauma severo, de abuso físico y sexual, también puede ser mejor diagnosticada, entendida y elaborada en la transferencia y contratransferencia con pacientes que han sufrido esos eventos a la luz de la teoría de las relaciones objetales internalizadas, que es la base de esta clasificación. El entendimiento de los determinantes estructurales del narcisismo patológico permite resolver la aparente incapacidad de los pacientes narcisistas de desarrollar reacciones transferenciales diferenciadas, paralelas a sus severas distorsiones de las relaciones objetales en general.

La exploración psicoanalítica ha sido fundamental en proveernos del conocimiento actual sobre las características de los trastornos de personalidad: las personalidades histérica, obsesiva-compulsiva, narcisista, limitrofe y esquizoide han recibido las descripciones más detalladas y rigurosas de autores del ámbito psicoanalítico. En este punto, agregándose a las contribuciones más actuales al aumento de la fineza diagnóstica y, particularmente, a los acercamientos terapéuticos para los trastornos de personalidad, el psicoanálisis tiene una importante tarea en la exploración de la relación entre las formulaciones psicoanalíticas y los hallazgos dentro de áreas relacionadas como la psicología del desarrollo, la psiquiatría clínica, la teoría de los afectos y la neurobiología, para así vincular sus descubrimientos con aquellos que surgen de esas disciplinas.

## **Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica de los trastornos de personalidad**

---

A continuación presentaré una visión general de la aplicación de mi integración de la psicología del Yo y la teoría de las relaciones objetales, y su aplicación al psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica de los trastornos de personalidad.

### **Un marco terapéutico general**

El análisis de la transferencia es central en mi concepción general de la técnica. El análisis de la transferencia consiste en analizar las reactivaciones en el "aquí y ahora" de relaciones objetales internalizadas pasadas. Este proceso constituye, al mismo tiempo, el análisis de las estructuras constituyentes del Yo y el Ello, y sus conflictos intra e interestructurales. Concibo las relaciones objetales internalizadas como reflejando, no relaciones actuales extraídas del pasado, sino una combinación de internalizaciones reales y fantaseadas –y con frecuencia altamente distorsionadas– de tales relaciones objetales pasadas y defensas en contra de ellas bajo los efectos de derivados de pulsiones e instintos. En otras palabras, veo una tensión dinámica entre el "aquí y ahora", que refleja una estructura intrapsíquica, los determinantes psicogenéticos inconscientes del allá-y-entonces derivados de la historia evolutiva del paciente.

La contribución básica de la teoría de las relaciones objetales al análisis de la transferencia es expandir el marco de referencia dentro del cual las manifestaciones de la transferencia son exploradas, de manera que el aumento de la complejidad de las regresiones transferenciales en pacientes con altos niveles de patología pueden ser entendidos e interpretados. La interpretación de la transferencia varía de acuerdo a la naturaleza de la psicopatología del paciente. En la práctica, la transferencia de los pacientes con una organización neurótica de personalidad puede ser entendida como una repetición inconsciente en el "aquí y ahora" de relaciones patógenas del pasado, más concretamente, la actuación de un aspecto del sí mismo infantil inconsciente al relacionarse con representaciones infantiles de los objetos parentales (también inconscientes).



Los pacientes con una organización neurótica de personalidad presentan estructuras del Superyó, Ello y Yo bien integradas. Dentro de la situación analítica, el análisis de las resistencias trae consigo la activación en la transferencia, primero, de características relativamente globales de esas estructuras y, posteriormente, de las relaciones objetales que las componen. El análisis de los derivados de las pulsiones ocurre en el contexto del análisis de la relación del sí mismo infantil del paciente a los objetos parentales significativos proyectados en el terapeuta.

El hecho de que los pacientes neuróticos regresen hacia un sí mismo infantil, que aunque está reprimido, es relativamente integrado, que se relaciona con representaciones de los objetos parentales, que aun siendo inconscientes, también se encuentran relativamente integradas, hace que estas transferencias sean relativamente fáciles de entender y de interpretar: lo que se activa en la transferencia es la relación inconsciente con los padres del pasado, incluyendo los aspectos reales y fantaseados de esas relaciones y las defensas en contra de ellas. El aspecto inconsciente del sí mismo infantil lleva consigo un deseo concreto que refleja un derivado de las pulsiones dirigido hacia el objeto parental en conjunto con un miedo fantaseado acerca de los peligros de expresar ese deseo. Lo que la integración de la psicología del Yo con la teoría de las relaciones objetales enfatiza es que en esas actuaciones transferenciales, comparativamente simples, la activación siempre es de unidades diádicas básicas de una representación del sí mismo y una representación objetal ligadas por cierto afecto y esas unidades reflejan o el aspecto impulsivo o el defensivo del conflicto. Más precisamente, una fantasía inconsciente que refleja una organización de impulso-defensa que se activa primero bajo la forma de una relación objetal que muestra el lado defensivo del conflicto y sólo después por una relación objetal que muestra el lado impulsivo del conflicto (Kernberg, 1976, 1980, 1984).

Lo que hace el análisis de las relaciones objetales internalizadas en la transferencia en los pacientes con trastornos severos de personalidad sea más complejo, pero que también permite clarificar tal complejidad, es el desarrollo de una disociación defensiva primitiva o escisión de las relaciones objetales internalizadas (Kernberg, 1975, 1992). En estos pacientes, la tolerancia a la ambivalencia característica de relaciones objetales de más alto nivel es reemplazada por una desintegración defensiva de las representaciones del sí mismo y los objetos en relaciones de objeto parciales investidas libidinal y agresivamente. Las relaciones objetales pasadas más realistas y más fácilmente comprensibles de la organización neurótica de personalidad, son reemplazadas por representaciones del sí mismo y los objetos altamente poco realistas, groseramente idealizadas, o groseramente agresivas o persecutorias que no pueden ser inmediatamente rastreadas hacia relaciones reales o fantaseadas del pasado.

Se activan aquí, relaciones objetales parciales altamente idealizadas bajo el impacto de estados afectivos intensos, difusos y abrumadores de naturaleza estática, o igualmente intensos, pero dolorosos y aterrorizantes estados afectivos primitivos, que señalan la activación de relaciones entre el sí mismo y los objetos de naturaleza agresiva y persecutoria. Podemos reconocer la naturaleza no integrada de las relaciones objetales internalizadas, a través de la disposición del paciente a invertir fácilmente el rol en la actuación de las representaciones del sí mismo y de los objetos. Simultáneamente, el paciente puede pro-

yectar una representación complementaria del sí mismo o del objeto en el terapeuta; esto, en conjunto con la intensidad de la activación afectiva, conduce a desarrollos transferenciales aparentemente caóticos. Estas oscilaciones rápidas, al igual que la grosera disociación entre los aspectos de amor y odio de las relaciones hacia el mismo objeto pueden complicarse aun más por medio de condensaciones defensivas de varias relaciones objetales bajo el impacto del mismo afecto primitivo, por lo que, por ejemplo, la combinación de las imágenes padre-madre pueden condensar confusamente aspectos percibidos como agresivos del padre y de la madre. En forma similar, los aspectos idealizados y devaluados del sí mismo condensan diversos niveles de experiencias pasadas.

Un marco de referencia de relaciones objetales permite al terapeuta comprender y organizar lo que aparece como un completo caos de forma que él o ella pueda clarificar las condensaciones de las relaciones de objeto parcial que se suceden en la transferencia, trayendo una integración entre las representaciones del sí mismo y los objetos, que conduce al tipo de transferencia neurótico que es más avanzado.

Los principios generales de la interpretación de la transferencia en el tratamiento de la organización límite de personalidad incluyen las siguientes tareas (Kernberg, 1984):

1. diagnosticar la relación de objeto dominante dentro de una situación transferencial globalmente caótica;
2. clarificar cuál es la representación del sí mismo y la representación del objeto de esta relación objetal internalizada y el afecto dominante ligado a ella; y
3. conectar interpretativamente esta relación de objeto primitiva con su opuesto escindido.

El paciente con una organización de personalidad límite muestra un predominio de conflictos preedípicos y representaciones psíquicas de conflictos preedípicos condensadas con representaciones de conflictos de la fase edípica. Los conflictos no son tan reprimidos como expresados en estados yoicos mutuamente disociados reflejando la defensa primitiva de escisión. La activación de relaciones objetales primitivas que impiden la consolidación del Yo, Superyó y Ello se manifiesta en la transferencia en estados afectivos aparentemente caóticos; estos, tal como se ha señalado, deben ser analizados en forma secuencial. La interpretación de las transferencias primitivas de los pacientes límite trae consigo la transformación de las relaciones de objeto parciales en relaciones de objeto totales, la transformación de la transferencia primitiva, que refleja etapas del desarrollo anteriores a la constancia objetal, en transferencia avanzada típica de la fase edípica.

En niveles severos de psicopatología, los mecanismos de escisión permiten que los aspectos contradictorios de los conflictos intrapsíquicos permanezcan parcialmente conscientes bajo la forma de transferencia primitiva. En contraste, pacientes con organización neurótica de personalidad, presentan configuraciones impulso-defensa que presentan deseos inconscientes específicos reflejando los derivados de las pulsiones sexual y agresiva incluidos en fantasías inconscientes relacionadas con los objetos edípicos. En estos pacientes encontramos, relativamente, menor distorsión tanto de las representaciones del sí mismo relacionándose con los objetos como en las representaciones de los objetos edípicos por sí mismos. Por lo tanto, la diferencias entre las experiencias patogénicas pasadas y su trans-

formación en disposiciones inconscientes posteriormente estructuradas no es tan grande como en las transferencias primitivas halladas en pacientes con organización límite de personalidad.

En todos los casos la transferencia es dinámicamente inconsciente en el sentido que, gracias a la represión o la escisión, el paciente inconscientemente distorsiona la experiencia actual por su fijación a un conflicto patogénico con un objeto internalizado significativo del pasado. La mayor tarea es traer los significados transferenciales inconscientes en el "aquí y ahora" a la conciencia plena por medio de la interpretación. Este es el primer estadio del análisis de la relación entre el presente inconsciente y el pasado inconsciente.

Lo que se actúa en la transferencia nunca es una simple repetición de las experiencias pasadas reales del paciente. Estoy de acuerdo con la proposición de Melanie Klein (1952), quien señala que la transferencia deriva de una combinación de experiencias reales y fantaseadas del pasado y las defensas en contra de ambas. Ésta es otra forma de decir que la relación entre la realidad psíquica y la realidad objetiva siempre permanece ambigua: Mientras más severa la patología del paciente, y más distorsionada es su organización estructural intrapsíquica, más indirecta es la interrelación de la estructura actual con la reconstrucción genética y los orígenes evolutivos.

## **El tratamiento de pacientes con organización límite de personalidad**

En base a todas estas formulaciones, hemos (Kernberg y cols., 1989; Clarkin y cols., 1992; Kernberg, 1993) construido una teoría de tratamiento psicodinámico que deriva de la teoría de la técnica del tratamiento psicoanalítico, y modifica esa técnica a la luz de una estrategia general diseñada para la resolución de las perturbaciones específicas del paciente límite. El objetivo básico de esta terapia psicodinámica es el diagnóstico y la resolución psicoterapéutica del síndrome de difusión de identidad y, en ese proceso, la resolución de las operaciones defensivas primitivas características de esos pacientes y la transformación de las relaciones internalizadas primitivas de objeto parcial en relaciones de objeto total, características de individuos con un nivel más avanzado de funcionamiento, neurótico o normal.

Las relaciones objetales primitivas se constituyen por representaciones parciales del sí mismo relacionadas con representaciones parciales del objeto, en el contexto de un estado afectivo primitivo, totalmente bueno o totalmente malo. Son relaciones objetales parciales, precisamente porque la representación del sí mismo y la representación del objeto han sido escindidas en un componente idealizado y otro persecutorio, en contraste con la integración normal de las representaciones del sí mismo y de los otros significativos, buenas o amables y malas u odiosas. Estas relaciones objetales primitivas y parciales emergen en la situación de tratamiento en la forma de transferencias primitivas caracterizadas por la activación de representaciones del sí mismo, del objeto y del afecto correspondiente como una unidad transferencial actuada defensivamente en contra de una unidad transferencial primitiva opuesta bajo valencia o dominancia afectiva completamente opuesta.

## Estrategias de tratamiento

---

En esencia, la estrategia psicoterapéutica en el tratamiento psicodinámico del paciente límite consiste en un procedimiento de tres pasos.

**Paso 1:** el diagnóstico de la emergencia de una relación de objeto parcial primitiva en la transferencia y el análisis interpretativo de la estructura de fantasía inconsciente dominante que corresponde a la particular activación transferencial. Por ejemplo, el terapeuta puede señalarle al paciente que la relación, entre ambos, establecida en ese momento se asemeja a la de un guardia de prisión sádico en frente de su paralizada y asustada víctima.

**Paso 2:** identificar las representaciones del sí mismo y el objeto de esta particular transferencia primitiva, con la atribución por parte del paciente, de la representación del sí mismo o del objeto, típicamente, oscilando o alternando entre él mismo y el terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede señalar, ampliando la intervención previa, que es como si el paciente se experimentara a sí mismo como una víctima asustada o paralizada mientras que atribuye al terapeuta la conducta de un guardia de prisión sádico. Más adelante, en la misma sesión el terapeuta puede señalar al paciente que, ahora, la situación se ha revertido y es el paciente quien se comporta como un guardia de prisión sádico y el terapeuta ha sido puesto en el rol del paciente como una víctima asustada.

**Paso 3:** este paso de esta intervención interpretativa sería delinear el vínculo entre la relación de objeto particular activada en la transferencia y una enteramente opuesta, activada en otros momentos pero que constituye su contraparte escindida siendo una relación de objeto idealizada o persecutoria. Por ejemplo, si en otros momentos el paciente ha experimentado al terapeuta como una madre perfecta y generosa mientras él se experimentaba a sí mismo como un bebé feliz, satisfecho y amado que es el único objeto de la atención de la madre, el terapeuta puede señalar que el guardia de prisión persecutorio es en realidad una madre mala, frustrante, fastidiosa y que lo rechaza. Al mismo tiempo, la víctima es un bebé enrabado que quiere tomar venganza, pero tiene miedo de ser destruido por la proyección de su propia rabia en la madre. El terapeuta podría agregar que esta terrible relación madre-niño se mantiene completamente separada de la relación idealizada por miedo a contaminar la idealizada con la persecutoria, se protege así de la destrucción de toda esperanza de que, a pesar de los ataques rabiosos y vengativos sobre la madre mala, la relación con la madre ideal pueda ser recuperada.

La integración exitosa de relaciones objetales primitivas mutuamente escindidas en totalmente buenas y totalmente malas, incluye no solamente la integración de las correspondientes representaciones del sí mismo y el objeto, sino también de los afectos primitivos. La integración de los afectos intensos y polarizados lleva, después de un tiempo, a la modulación afectiva, a un incremento de la capacidad para controlar los afectos, a elevar la capacidad empática tanto consigo mismo, como con los otros, y a una correspondiente maduración y aumento en la profundidad de todas las relaciones objetales.

Esta estrategia psicoterapéutica involucra, también, una modificación particular de tres herramientas básicas derivadas de la técnica psicoanalítica estándar. La primera estrategia, y es

la más importante herramienta técnica del tratamiento, involucra la interpretación, es decir, el establecimiento de hipótesis acerca de los determinantes inconscientes de la conducta del paciente. En contraste con el psicoanálisis estándar, sin embargo, la interpretación aquí corresponde mayormente sólo a las fases preliminares de la interpretación típica: Esto es, realizar una “clarificación” sistemática de la experiencia subjetiva del paciente; hacer, con tacto, una “confrontación” de los significados de aquellos elementos de la experiencia subjetiva, de la comunicación verbal, de la conducta no verbal y de la interacción completa con el terapeuta que expresan aspectos adicionales de la transferencia; y restringirse a interpretar aspectos inconscientes sólo sobre significados inconscientes en el “aquí y ahora”. En contraste con el psicoanálisis estándar en donde la interpretación se centra en significados inconscientes tanto en el “aquí y ahora” como en el allá-y-entonces del pasado inconsciente; en la psicoterapia psicodinámica de los pacientes límite, las interpretaciones psicodinámicas del pasado inconsciente se reservan sólo para fases relativamente avanzadas del tratamiento. En estas etapas más tardías, la integración de transferencias primitivas va transformando las transferencias desde primitivas en avanzadas (más características del funcionamiento neurótico y un reflejo más directo de experiencias del pasado).

Otra diferencia con el psicoanálisis estándar está dada por la modificación en el “análisis de la transferencia”. En cada sesión, con pacientes límite, el terapeuta, mantiene, atención continua a las metas a largo plazo del tratamiento y a los conflictos dominantes en la vida psíquica del paciente más allá de las sesiones. Para que el tratamiento no gratifique excesivamente la transferencia del paciente, dejando fuera la motivación inicial y las metas del tratamiento, el terapeuta mismo debe permanecer siempre en contacto con las metas a largo plazo del tratamiento. Además, para prevenir la escisión de la realidad externa con la de la situación de tratamiento –y el *acting out* severo expresado por esa disociación entre la realidad externa y los momentos de tratamiento– la interpretación transferencial debe estar fuertemente vinculada con las realidades presentes en la vida del paciente. En suma, entonces, en contraste con el psicoanálisis, donde el foco sistemático sobre la transferencia es una de las principales estrategias terapéuticas, en la psicoterapia psicodinámica para pacientes límite, el análisis de la transferencia se modifica por la atención a las metas iniciales y a la realidad externa actual.

En tercer lugar, ya que las interpretaciones requieren una posición de “neutralidad técnica” (el no privilegio por parte del terapeuta de ninguna de las fuerzas en conflicto en la mente del paciente), la neutralidad técnica es un aspecto importante de la psicoterapia psicodinámica del paciente límite así como en el psicoanálisis estándar. Sin embargo, considerando el *acting out* severo del paciente límite dentro y fuera de las sesiones de tratamiento, la neutralidad técnica debe ser limitada para poder mantener una estructura que es indispensable para la situación de tratamiento. El poner límites debe reducir, al menos temporalmente, la neutralidad técnica y requiere de su reinstalación por medio de interpretaciones dirigidas a las razones por las que el terapeuta ha debido salirse de su posición de neutralidad técnica. Estas consideraciones resumen los elementos esenciales de la psicoterapia psicodinámica de los pacientes límite.

La estrategia también determina un grupo de “consideraciones tácticas” acerca de las intervenciones en cada sesión de tratamiento que le dan un colorido particular a esta

psicoterapia diferenciándola del psicoanálisis estándar y de la psicoterapia de apoyo derivada de la teoría psicoanalítica. En contraste con la psicoterapia de apoyo el terapeuta se abstiene, en la medida de lo posible, de intervenciones técnicas tales como el apoyo cognitivo o afectivo, de entregar consejos y hacer de guía, de hacer intervenciones ambientales directas, o cualquier otro tipo de maniobra que reduzca la neutralidad técnica; excepto la necesaria estructuración y el establecimiento de límites dentro o fuera de las sesiones de tratamiento. En la psicoterapia de apoyo, las transferencias son utilizadas para reforzar la alianza terapéutica, mantener la conformidad del paciente o para la resolución de síntomas. En contraste, en el tratamiento psicodinámico, tanto las transferencias positivas como las negativas son interpretadas, a excepción de los aspectos menos intensos de la transferencia positiva que, especialmente en las etapas iniciales del tratamiento, pueden dejarse intactos, para favorecer el desarrollo de la alianza terapéutica. Nuestro acercamiento al tratamiento incluye un esfuerzo sistemático por interpretar las idealizaciones primitivas del terapeuta porque ello favorecería la disociación en relación a la contraparte de transferencia primitiva negativa.

En cada sesión es importante evaluar la capacidad del paciente de diferenciar la fantasía de la realidad, se debe llevar a cabo la interpretación de los significados inconscientes sólo después de que se confirma que se comparten perspectivas de realidad comunes por parte del paciente o del terapeuta. Se requiere de una confrontación cuidadosa y consistente antes de interpretar significados inconscientes. La atribución, por parte del paciente, de significados excesivamente fantasiosos a las interpretaciones del terapeuta también requiere ser clarificada e interpretada. Es importante evaluar la ganancia secundaria de las diversas conductas y síntomas, interpretar esa ganancia secundaria, y, si es necesario, reducirla o eliminarla mediante el establecimiento de límites; para ello debe tenerse en cuenta la necesidad de reevaluar y reinterpretar lo que ocurra tal como cualquier eventualidad que involucre la salida de la neutralidad técnica. El análisis de los conflictos sexuales inconscientes debe incluir el análisis de la contaminación de la sexualidad con agresión para así ayudar al paciente a que libere su conducta sexual del control de impulsos agresivos.

Otro aspecto de gran relevancia para las intervenciones tácticas es la necesidad de interpretar sistemáticamente las defensas primitivas al tiempo que emergen en cada sesión. La interpretación de las defensas primitivas tiende a fortalecer la prueba de realidad y el funcionamiento yoico global. En contraste con lo que sé de las concepciones antiguas de las defensas primitivas, éstas no aumentan la fortaleza del frágil Yo de los pacientes limitrofes, muy por el contrario, son la verdadera causa de su debilidad yoica crónica. La interpretación de las defensas primitivas es una de las herramientas más importantes para aumentar la fortaleza yoica y la prueba de realidad y facilita la interpretación de las transferencias primitiva.

Considerando las altas tendencias al *acting out* de los pacientes limitrofes, durante el tratamiento se pueden producir peligrosas complicaciones derivadas del carácter de estos pacientes tales como: intentos de suicidio no depresivos, abuso de drogas, conductas de automutilación o otras conductas autodestructivas, así como también, conductas agresivas que pueden amenazar tanto sus propias vidas como las de otros. Es un aspecto

importante de cada sesión, entonces, y no solo de la estructuración global del tratamiento, el evaluar la presencia de alguna situación de emergencia que requiera de intervención inmediata. En base a nuestra estrategia general de tratamiento y de nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes limítrofes severamente enfermos, hemos construido el siguiente grupo de prioridades de intervención, que reflejan la necesidad, de evaluar, diagnosticar estas y otras complicaciones.

Amenazas de un suicidio o homicidio inminentes serán la primera prioridad de cada sesión. Si parecen haber amenazas inmediatas para la continuidad del tratamiento, estas constituyen la segunda prioridad que debe ser tomada en cuenta por el terapeuta. Si el paciente parece comunicarse de una forma engañosa o deshonesto, constituye la tercera más alta prioridad: la psicoterapia psicodinámica requiere de una comunicación honesta entre el paciente y el terapeuta, y por la misma razón, es importante interpretar los significados transferenciales que subyacen al engaño y la deshonestidad del paciente. En términos más generales, las transferencias psicopáticas, deben interpretarse antes que las transferencias paranoides, y estas antes que aquellas menos distorsionadas transferencias depresivas. La prioridad siguiente la constituye el *acting out* en las sesiones y fuera de ellas, ya se ha señalado que el análisis de la transferencia debe incluir, también, los conflictos dominantes fuera de las sesiones.

Consideradas ya todas estas prioridades, el terapeuta se puede concentrar de lleno en el análisis de la transferencia según los lineamientos más arriba señalados. Hay momentos en que los afectos dominantes dentro de las sesiones se encuentran vinculados con desarrollos que ocurren fuera de las sesiones: esto significa que el dominio afectivo no siempre se encuentra centrado en la transferencia, y si eso ocurre, es cuando el dominio afectivo lleva, al terapeuta, a prestar atención a conflictos cargados afectivamente que se encuentran fuera de la situación de tratamiento y que luego tendrán implicaciones transferenciales que se harán más claras, y se harán dominantes.

Estas consideraciones resumen el enfoque psicoterapéutico derivado de la teoría psicoanalítica en relación con el origen, desarrollo y estructura de los trastornos severos de la personalidad, esto es la organización limítrofe de personalidad. La síntesis de este acercamiento terapéutico en la forma de un manual de técnica (Kernberg y cols., 1989), es la base de una investigación empírica actualmente llevándose a cabo.





## Capítulo 12

### LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

---

■◆ Otto Dörr Zegers

El gran problema de los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico es que son categoriales, vale decir, que un número determinado de síntomas o rasgos afirma o no la existencia de un "trastorno" (*disorder*), sin tomar en cuenta las transiciones hacia otros cuadros clínicos y, menos aún, hacia la normalidad. Ahora bien, si el empleo de categorías absolutas ya es cuestionable en el ámbito de lo que en psiquiatría consideramos "enfermedades", como la esquizofrenia o la enfermedad bipolar (dada la ausencia de un sustrato que le dé consistencia al diagnóstico), mucho más lo es en el campo de los trastornos de la personalidad, por cuanto aquí no es seguro que sea siquiera legítimo hablar de "desorden" o de "trastorno". Y esto, porque tal designación se emplea, en el caso de los cuadros endógenos, como sinónimo de enfermedad y nadie ha podido afirmar que los trastornos de personalidad correspondan, en algún sentido, al concepto médico de enfermedad. Ya Kurt Schneider (1962) insistía en que los "psicópatas" no eran enfermos, sino que representaban variaciones extremas con respecto a una personalidad promedio ideal o, más precisamente, variaciones extremas de algunos rasgos de personalidad. Es decir, la "personalidad psicopática" schneideriana se aproxima más al modelo dimensional que al categorial. Lo habitual ha sido, empero, el empleo de modelos dimensionales para los rasgos de personalidad anormal y categoriales para los trastornos de personalidad propiamente tales (Livesley, 1985), lo que ha contribuido aún más a la confusión. En síntesis, en el campo de la clasificación y el diagnóstico de estas alteraciones conductuales, la psiquiatría moderna insiste en tipificar, del mismo modo, las enfermedades con la designación de "trastorno" o "desorden" (*disorder*).

Los diagnósticos categoriales serían apropiados si se pudiera establecer una clara distinción entre la presencia o ausencia de un trastorno determinado. Pero, ocurre que no existe ningún estudio empírico que haya podido demostrar una línea de división clara y distinta entre la existencia o no de un trastorno de personalidad. Así, Frances y cols.

(1984) aplicaron tests de personalidad a un universo de pacientes ambulatorios, encontrando en 76 de ellos elementos como para diagnosticar un trastorno de personalidad, concluyendo que: " los criterios del DSM III para trastornos de personalidad no pueden distinguir entidades diagnósticas categoriales recíprocamente excluyentes... la frecuencia de diagnósticos múltiples apoya la utilización de un sistema de diagnóstico de personalidad dimensional y no categorial" (p. 1083). Zimmermann y Coryell (1990) estudiaron la personalidad en 808 parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos y de un número semejante de sujetos que no habían estado nunca enfermos y concluyeron que: " los puntajes para trastorno de personalidad estaban distribuidos en un continuum sin puntos de tenuidad que permitan hacer la distinción entre normalidad y patología" (p. 690). Por su parte, Oldham y cols. (1992) aplicaron dos entrevistas semi-estructuradas para diagnosticar trastornos de personalidad según el DSM III-R a 100 de los 106 pacientes hospitalizados en una clínica para trastornos de personalidad severos, concluyendo que: la existencia de " patrones consistentes de co-morbilidad entre trastorno de personalidad narcisista, evitativo e histriónico sugieren que las distinciones categoriales entre ellos y otras categorías diagnósticas de personalidad del DSM III-R pueden ser ilusorias" (p. 213). Por último, Nurnberg y cols. (1991) evaluaron 110 pacientes con trastorno de personalidad según el DSM III-R y que no tenían patología del eje I, concluyendo que: " los pacientes que cumplen con los criterios del DSM III-R para trastorno de personalidad limítrofe constituyen un grupo muy heterogéneo, con límites poco claros y cuya superposición con categorías vecinas de trastornos de personalidad es muy extensa" (p. 1376).

Otros autores, como Widiger y Sanderson (1995), han hecho incluso algunos cálculos aritméticos que ponen aún más de relieve la arbitrariedad de los diagnósticos categoriales en el ámbito de los trastornos de personalidad. Así, ellos sostienen que hay 93 formas posibles para cumplir con los criterios del DSM III-R para personalidad limítrofe y 149.495.616 formas diferentes de cumplir con los criterios del DSM III para la personalidad antisocial. Y sin embargo, hay una sola categoría diagnóstica que reúne a todos estos casos diferentes. Por cierto que no se trata de crear una categoría para cada una de las millones de combinaciones posibles de personalidad antisocial, pero es evidente que no todos los individuos con este tipo de conducta son semejantes en su sintomatología y que muchas de las diferencias pueden ser de importancia considerable en la práctica clínica.

La perspectiva dimensional propone, en cambio, un sistema para medir la proporción en que está presente un determinado trastorno de personalidad, con lo cual está evitando los peligros ya mencionados de las definiciones categoriales, en las cuales el clínico se ve obligado, en cada caso, a afirmar o no la existencia de un determinado trastorno, prescindiendo de intensidades y matices. Thomas Widiger y Cynthia Sanderson (1986), que han sido entusiastas precursores del uso de sistemas dimensionales, proponen aplicar a cada tipo de trastorno de personalidad una escala de 6 niveles, susceptibles incluso de ser cuantificados, cuales son: ausente, rasgos, bajo el umbral, umbral, moderado y extremo. El primer nivel, como su nombre lo indica, significa la ausencia de todo rasgo propio del trastorno de personalidad en cuestión. El nivel " rasgos" significa la presencia de uno a tres de los síntomas que se necesitan para hacer el diagnóstico de ese tipo de personalidad. El nivel " bajo el umbral" significa que a la persona le falta sólo un síntoma para pertenecer a la categoría. El nivel " umbral" significa que el sujeto cumple justo con

los criterios para pertenecer a esa categoría. El nivel “moderado” significa que el sujeto cumple ampliamente con los criterios, y, por último, el nivel “extremo”, que el sujeto tiene todas las manifestaciones descritas para esa categoría. Estos autores sostienen que este tipo de codificaciones no son incompatibles con el sistema categorial de los DSM, pudiendo, por el contrario, proporcionar una terminología uniforme y un método para describir el grado en que un paciente pertenece o no a una categoría determinada. Los inconvenientes que ellos mismos le reconocen a la metodología propuesta tienen que ver con la improbabilidad de que los clínicos prácticos puedan aplicar este tipo de evaluación de los criterios para cada trastorno de personalidad en forma sistemática. Nosotros pensamos, en cambio, que este es un inconveniente menor frente al hecho de que el método dimensional propuesto acepta tácitamente, en su aplicación, esas mismas categorías absolutas que critica, agregando sólo un método para cuantificar los rasgos que el paciente presenta.

Todo lo anterior nos está mostrando una vez más lo insuficiente que resulta la aplicación de criterios categoriales y cuantitativos a realidades complejas, como lo es paradigmáticamente la vida humana. Recordemos el viejo aforismo griego: “Sólo lo igual conoce a su igual”. En la búsqueda de un método adecuado a la complejidad de los objetos propios de las llamadas ciencias humanas o del espíritu (*Geisteswissenschaften*) es que Edmund Husserl (1901) creó la fenomenología, inspirado en su propio lema, según el cual, las ciencias humanas no podrán ser exactas, como las matemáticas, pero sí pueden y deben ser estrictas.

## La perspectiva fenomenológica

---

Lo primero que habría que decir al respecto es que la fenomenología nada tiene que ver con lo que la literatura psiquiátrica anglosajona llama “*phenomenology*” (DSM IV-TR™, 2000). Esta última, se refiere a la simple descripción de las manifestaciones más visibles de una enfermedad determinada. En rigor, ellos deberían hablar de “sintomatología” y no de “fenomenología”. El síntoma es el elemento externo y visible de un contexto o proceso etiopatogénico (la enfermedad) que, en sí mismo, no se muestra. El fenómeno, en cambio, es “lo que se muestra en sí” (Heidegger, 1927, 1963) y comprende, al mismo tiempo, al síntoma que lo anuncia, como a la perturbación que lo subyace. La fenomenología no se queda, entonces, en lo que está ahí delante (lo ob-vio), sino que intenta, por medio de la *epoché* o reducción, llegar hasta la intimidad de su estructura, hasta su esencia. Este procedimiento, desarrollado a cabalidad por Husserl, tiene sus orígenes en la misma filosofía griega, que fundamentó su *episteme* en un ir más allá de la *doxa*, esa opinión que se basa en el modo como espontáneamente se presentan las cosas al ser humano en su vida cotidiana. Es la aspiración a penetrar hasta la estructura interna de lo real lo que distingue al conocimiento científico del conocimiento vulgar. En una primera aproximación, Husserl, trató de investigar el sujeto del conocer, vale decir, nuestro entendimiento mismo; pero luego se dio cuenta de que nada podía saber del sujeto cognoscente sin averiguar también “eso” por conocer, sea este un objeto natural o un objeto cultural. Así, él superó, en cierto

modo, los dualismos sujeto-objeto e inmanente-trascendente, al proponerse investigar los procesos subjetivos del conocimiento “junto con” aquello que se nos muestra como objeto en el acto de conocer, a saber, el fenómeno. Y a este acto lo llamé “acto intencional”. Sin embargo, la intencionalidad no es un mero modo de relación entre el sujeto y el objeto, sino un rasgo esencial de la conciencia. Expresado con las palabras de Husserl: “En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar a las recordadas, en el pensar a los pensamientos, en el evaluar a los valores, en el desear a los objetivos y perspectivas, etc.” (1962, p. 237). Y es debido justamente a esta característica de la conciencia que nosotros, los humanos, estamos desde el primer momento “con las cosas” y permanecemos siempre “junto” a ellas. Y es también el carácter intencional de la conciencia el que le permite a ésta comportarse trascendentalmente con respecto a sí misma. Sin el descubrimiento de la intencionalidad habría sido imposible superar la ingenuidad que impera tanto en la conciencia natural o pre-reflexiva, como en la conciencia científica y lógica.

En la vida diaria nos encontramos siempre en una actitud natural e ingenuamente orientados hacia el mundo de los objetos, pero esta actitud no nos conduce al conocimiento, ni menos al conocimiento científico. Las ciencias empíricas o de la naturaleza han accedido a este último a través de la reducción de los objetos, que se nos presentan en la experiencia natural, a uno solo de sus aspectos. Así, por ejemplo, cuando el químico se aproxima al agua, reduce todos sus significados a la mera composición molecular: dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. En rigor, lo que hace el científico natural es proyectar la teoría físico-química de la realidad sobre la totalidad del fenómeno, descartando el resto de los elementos constitutivos del objeto real. De este modo el químico no considera la capacidad que tiene el agua de saciar la sed o de hacer que los campos produzcan frutos y olvida por completo los simbolismos vinculados a la profundidad del mar o la importancia de las nubes o la belleza de un lago. Por el contrario, cuando el fenomenólogo, abandonando la actitud natural, adopta una actitud reflexiva, él dirige su atención a la totalidad de las muchas formas en que un objeto es percibido en la conciencia. En otras palabras: en toda experiencia real experimentamos más de lo que la percepción del mero objeto nos entrega. Esto fue formulado en forma brillante cien años antes de Husserl por Goethe (1966, p. 687) en uno de sus aforismos: “La experiencia es siempre sólo la mitad de la experiencia”. Siempre vivimos más de lo que vivimos, experimentamos más de lo que experimentamos y explorar esta otra parte es la gran tarea de la fenomenología. El principio de Goethe, en sí-mismo tan similar a los postulados de Husserl, nos lleva directamente a la obra de Marcel Proust. El profundo significado de su novela “En busca del tiempo perdido” está en el rescate de todo lo que él experimentó en el pasado y vivió en ese momento sin casi tomar conciencia de ello. Las principales características de su obra son similares a las etapas fundamentales del método fenomenológico: una apertura total a la realidad, una actitud reflexiva que percibe la realidad como entregada a la conciencia y una eliminación progresiva de todos los presupuestos, prejuicios y elementos accidentales como un instrumento para lograr una visión de la esencia de lo que se tiene ahí delante.

El primero que aplicó el método fenomenológico a la psiquiatría fue el médico y filósofo alemán Karl Jaspers (1959, 1963). En la perspectiva de Jaspers, la fenomenología es sólo

una “psicología descriptiva”. Ella está firmemente relacionada con hechos y entrega una descripción imparcial de las experiencias de los pacientes. Jaspers combinó un llamado a la empatía (*Einfühlen*) con la inmediata comprensión (*Verstehen*) de la otra persona, pero se abstuvo de emplear las técnicas más propiamente fenomenológicas como son la reducción, la variación libre y la intuición de esencias. A pesar de ello, nosotros no compartimos la opinión de Berríos (1989), quien contrastara demasiado a Husserl con respecto a Jaspers. Las diferencias entre ambos no son tan extremas, al menos en lo que se refiere a la aplicación de sus respectivas aproximaciones fenomenológicas a la psiquiatría. Algunas afirmaciones de Jaspers pueden ilustrar lo antedicho: “La fenomenología se relaciona con lo que es experimentado como real; ella observa la mente ‘desde dentro’ a través de la inmediata representación (*Vergegenwärtigung*)” (1963, p. 326); o: “Quien no tiene ojos no puede practicar la histología; quien se repudia a sí-mismo o es incapaz de imaginar la mente y percibirla como una entidad viva nunca podrá entender la fenomenología” (1963, p. 318). Así, los puntos de partida de Jaspers fueron en realidad también los de Husserl: el regreso a las cosas mismas, la intencionalidad de los fenómenos psíquicos y el cambio desde una actitud natural a una actitud fenomenológica. Una búsqueda escrupulosa en los escritos de Jaspers nos puede llevar incluso hasta la misma intuición de esencias de Husserl, como cuando apela a “un orden que una los fenómenos de la mente de acuerdo con su relación fenomenológica, en forma similar a lo que ocurre con los colores infinitamente variados del arco iris” (1963, p. 324). Importantes autores estadounidenses como Osborne Wiggins y Michael Schwartz (1992, 1997) han expresado recientemente una opinión similar con respecto a los nexos existentes entre Jaspers y Husserl.

## **El aporte de la fenomenología al estudio de los trastornos de personalidad**

---

Tres son los aportes más fundamentales que, en mi opinión, ha hecho la fenomenología en el campo de los trastornos de personalidad. En primer lugar, el concepto de “tipo ideal” incorporado por Jaspers (1913, 1959) y retomado en los últimos años por Michael Schwartz y Osborne Wiggins (1987, 1991); en segundo lugar, el concepto de “tipo existencial”, originario de Binswanger (1932, 1955) e introducido definitivamente en la psiquiatría por Alfred Kraus (1991); y, por último, la aplicación de la perspectiva dialéctica al estudio de los trastornos de personalidad, iniciada por Wolfgang Blankenburg (1974, 1981) y continuada por este autor (Dörr, 1986, 1990, 1992, 1997).

### **Jaspers y los tipos ideales**

Karl Jaspers (1913, 1959), inspirándose en su maestro, el sociólogo Max Weber, fue el primero que introdujo el concepto de “tipo ideal” en la psicopatología (p. 511). Jaspers pensó que esta creación de Weber podía representar un camino para categorizar aquellos trastornos psiquiátricos que no podían ser conceptualizados como entidades

nosológicas propiamente tales. Recordemos que él dividió las enfermedades mentales en tres grupos. En el primero, que corresponde a todos los cuadros de origen somático, cabe aplicar el tipo de diagnóstico propio de la medicina en general, desde el momento en que, en todos ellos, existe un substrato anátomo-patológico. En el tercer grupo, que abarca las reacciones vivenciales anormales, las neurosis y los trastornos de personalidad, el diagnóstico médico es totalmente imposible y no cabe en ellos sino la aplicación de un diagnóstico tipológico. El grupo dos, en cambio, y que corresponde a las enfermedades idiopáticas o endógenas –las que constituyen el objeto más propio de la psiquiatría– ocupa al respecto una posición ambigua, por cuanto esos cuadros los pensamos como enfermedades, pero como no conocemos el substrato todavía, estamos obligados a emplear el método del “tipo ideal”.

Ahora, ¿qué es el tipo ideal para Max Weber y luego para Karl Jaspers? Para Weber, (1958) los tipos ideales son constructos por medio de los cuales el hombre intenta comprender la realidad, pero que no la representan necesariamente. La construcción de estos tipos ideales la describe Weber con las siguientes palabras: “Un tipo ideal está formado por la acentuación unilateral de uno o más puntos de vista y por la síntesis de una gran cantidad de fenómenos individuales difusos, distintos, más o menos presentes y ocasionalmente ausentes, los cuales son dispuestos de acuerdo a esos puntos de vista acentuados unilateralmente en un constructo de pensamiento unificado” (p. 90). Los tipos ideales son descripciones idealizadas de las características concretas de las cosas, vistas éstas desde un determinado punto de vista. Lo habitual es que sea difícil distinguir entre la multiplicidad de cosas, por cuanto los límites entre sus identidades son borrosos, fluidos, vagos. Por medio del tipo ideal dejamos de lado el carácter ambiguo de las cosas e imaginamos algo así como un caso “puro”, en el cual las características más relevantes aparecen en forma distinta y unívoca. Más aún, en un caso concreto las características pueden variar de tal modo que cada individuo parezca único e incomparable con respecto a los otros.

Jaspers (1913, 1959) distingue enfáticamente entre clase y tipo: “Un caso pertenece o no a una clase (v. gr., la parálisis general), mientras que a un tipo (v. gr., la personalidad histérica) un caso puede pertenecer “más o menos...”. Un tipo es una construcción ficticia que corresponde a una realidad con límites difusos y con respecto al cual debe ser medido el caso particular. Es importante, por ende, medir cada caso particular en relación a muchos tipos, hasta en lo posible agotarlo” (p. 469). Los tipos son producto de nuestra intuición, que pretende captar totalidades coherentes dentro de la multiplicidad de lo real. Jaspers diferencia los “tipos promedio” de los “tipos ideales”. Los primeros resultan de la determinación de características mensurables en un grupo numeroso de casos (altura, peso, inteligencia, etc. promedios). El tipo ideal, en cambio, puede surgir de la experiencia de un solo caso.

Schwartz y Wiggins (1987), siguiendo a Weber y a Jaspers, definen los tipos ideales con miras a su aplicación en psiquiatría como “definiciones idealizadas de tipificaciones... El tipo describe el caso perfecto: el caso en el cual la mayoría de los rasgos característicos están presentes” (p. 282). En los casos reales, en cambio, muchos de estos rasgos pueden estar ausentes o presentes en forma incompleta o atípica. Será la labor del clínico el

desarrollar la habilidad para determinar en estos casos “ imperfectos ” su mayor o menor grado de proximidad al tipo ideal. Y esto es lo que hacemos en la práctica clínica, no sólo con los trastornos de personalidad, sino con todas las enfermedades que carecen de substrato, como es el caso en los cuadros endógenos. La esquizofrenia es un tipo ideal y también lo es la paranoia y la enfermedad bipolar y en cada paciente concreto tendremos que “ reconocer ” de qué tipo se trata a través de la multiplicidad, variabilidad y el carácter difuso de los síntomas. Ahora bien, este método diagnóstico, basado en el reconocimiento del tipo y la determinación del grado de aproximación que muestra el caso que tenemos ahí delante con respecto al tipo ideal, tiene una serie de ventajas prácticas en comparación con la arbitrariedad del diagnóstico categorial, que está obligado a decir simplemente: este trastorno existe o no existe. Y esto, porque el clínico se verá obligado a investigar por qué en ése caso concreto hay elementos del tipo ideal reconocido que faltan y otros que sobran. Imaginemos un enfermo con un cuadro depresivo, que en muchos aspectos se aproxima al tipo ideal “ depresión endógena ” o “ melancolía ” descrito por los clásicos (E.Kraepelin,1916; E.Bleuler,1916,1975; Tellenbach,1961,1983), pero que tiene elementos que no pertenecen a él, como una extrema sequedad de la piel y un aumento del tamaño cardíaco, por ejemplo. El psiquiatra se verá obligado a “ dar razón ” de esto que “ sobra ”, de lo que no pertenece al tipo ideal, “ depresión endógena ”, para lo cual tendrá que hacer una serie de exámenes que en definitiva le permitirán constatar la existencia de un hipotiroidismo severo. En otros casos habrá que buscar la explicación de “ lo que falta ”. Es el caso, por ejemplo, de un muchacho cuyo cuadro clínico se aproxima al tipo ideal “ esquizofrenia ” de Bleuler (1911), pero que tiene un pensamiento mucho más ordenado que lo habitual en estos casos. Una investigación sobre el estilo de comunicación intrafamiliar nos podría poner en evidencia, eventualmente, que en esa familia no impera el clásico “ doble mensaje ” (*double bind*) descrito por Bateson (1971), lo que habría protegido al paciente de la característica perturbación de las asociaciones.

En el campo de las personalidades y/o de sus trastornos se han hecho muchos intentos de describir tipos ideales, empezando por la clásica tipología griega de los caracteres flemático, sanguíneo, colérico y melancólico. Recordemos también la conocida tipología de Kretschmer (1965), con sus tipos esquizoide, cicloide y epileptoide. Están también las cuatro personalidades clásicas: esquizoide, depresiva, obsesiva e histérica (que corresponden a lo que se consideraba, durante la primera mitad del siglo XX, como las grandes formas del enfermar psíquico) y que nadie ha descrito con más agudeza y propiedad que Fritz Riemann (1965). Entre los tipos ideales más novedosos de los últimos años están el *typus melancholicus* y el *typus manicus*, ambos descritos por Tellenbach en 1961 y 1983 respectivamente. Estos últimos representan clásicas intuiciones fenomenológicas y han tenido una gran importancia en el proceso de intentar comprender la génesis tanto de la depresión monopolar como de la bipolar (Dörr,1994).

En un punto disentimos de Karl Jaspers –y de sus fieles seguidores Michael Schwartz y Osborne Wiggins–, y es que ellos postulan que los tipos ideales son meros constructos o ficciones que pueden servir más o menos en la práctica clínica del psiquiatra. Sin negar la arbitrariedad inherente al hecho mismo de definir un tipo de una u otra manera, ellos, para tener validez, deben corresponder a modos de configuración de la realidad misma.

Esta se presenta, en todos sus niveles, como formas, estructuras o sistemas regidos por determinadas leyes; y son estas formas o *Gestalten* las que el fenomenólogo intuye cuando logra avanzar desde las manifestaciones externas hasta la "intuición de esencias" en el sentido de Husserl. Y mientras más acertada sea la descripción de un tipo ideal, más permanente será su validez. Si no, carecería de explicación el que descripciones tan antiguas de la personalidad de los maníacos y de los depresivos como las respectivas de Platón y de Aristóteles (Flashar, 1966), puedan corresponder casi exactamente a las que hiciera Tellenbach (1961) 2500 años más tarde y que mencionáramos más arriba. Se trata, entonces, de auténticas intuiciones fenomenológicas que han logrado captar estas formas esenciales de manifestarse la naturaleza en el campo de los desórdenes mentales. Muy distinto es lo que ocurre con los trastornos de personalidad de los DSM. Justamente por el hecho de pretender ser "tipos reales" y no "tipos ideales" es que adolecen de todos los inconvenientes que veíamos en la introducción.

## Los tipos existenciales

La idea de los "tipos existenciales" se remonta a la obra de Binswanger, en particular a sus estudios sobre la esquizofrenia (1957) y a su libro *Drei Formen missglückten Daseins* (Tres formas de existencia frustrada) (1956). En estas obras, así como en algunos artículos anteriores (1932, 1955), plantea Binswanger su concepto de la "proporción antropológica", como norma con respecto a la cual el hombre concreto se puede desviar, constituyendo éste el fundamento ontológico, tanto de determinadas conductas patológicas, como de eventuales tipologías. El horizonte desde el cual Binswanger define estas proporciones es la ontología de Heidegger (1927, 1963), en la que el existente humano es definido como ser-ahí (*Dasein*) y como ser-en-el-mundo (*in-der-Welt-sein*). Ahora bien, y a diferencia de Heidegger, Binswanger no concibe el ser-en-el-mundo sólo como una estructura universal del hombre, sino como la unidad concreta de sí-mismo y mundo, inherente a cada ser humano. Una típica proporción existencial es la que se da entre altura y amplitud, o dicho en otros términos, entre verticalidad y horizontalidad. Así, por ejemplo, en la personalidad esquizoide, con sus ideales excéntricos y su atemporalidad, existiría una desproporción a favor de la verticalidad, mientras que en el *typus melancholicus* (Tellenbach, 1961), propio de las personas proclives a la depresión, con su facilidad para moverse en el mundo cotidiano, su escasa tendencia al vuelo metafísico y su dificultad para trascender las "situaciones sin salida" –de algún modo constitutivas del "camino de la vida"– la desproporción sería a favor de la horizontalidad y en desmedro de la altura. Sin embargo, existen muchas otras proporciones en la existencia humana y ellas deben ser conservadas para poder mantenerse en la "normalidad". Es el caso de los procesos de individuación y socialización, de continuidad e innovación, de identidad de sí e identidad de rol, etc. Esta última dualidad ha sido particularmente fructífera en la generación de tipos existenciales, labor realizada en gran medida por Alfred Kraus (1977, 1991), sobre la base de categorías descritas por Jean Paul Sartre en su obra capital, "El ser y la nada" (1943, 1966). Nos detendremos en este punto.

Uno de los elementos que contiene el concepto griego de persona como máscara es la dialéctica entre ser-en-sí y ser-como-sí, entre identidad de sí e identidad de rol (Kraus, 1985),



entre facticidad y trascendencia. El actor es él mismo y a la vez el personaje representado. Y esta dualidad era señalada en el teatro griego a través de la máscara. Mientras más se transforme el actor en el personaje representado, menos será él mismo, y a la inversa, si se le nota demasiado su sí-mismo se nos perderá el perfil del personaje representado. Esta situación extrema del actor de teatro se da permanentemente en la vida real, porque jamás el hombre podrá tener una identidad absoluta al modo del ser de las cosas, que reposan definitivamente en su total igualdad consigo mismas. El ser del hombre está distendido entre un ser-para-sí o facticidad (en otra terminología "identidad del yo") y un ser-para-el-otro, un papel, un rol. Sartre ha caracterizado esta situación con una doble negación: "Se es lo que no se es y no se es lo que se es" (1943, 1966). "Jamás podremos retirarnos hacia un ser sustancializado con una identidad cósmica, por cuanto una "diferencia ontológica" fundamental nos impide ser absolutamente idénticos con nuestro respectivo rol (y aún), con nuestros valores y sentimientos", afirma Kraus (1985). Ahora bien, existe una natural distancia entre el ser-para-sí y el ser-para-el-otro, entre el sí-mismo y el rol, distancia que es necesario preservar, porque, tanto un acortamiento de ella en el sentido de abolir la diferencia ontológica, como un excesivo alejamiento de los dos polos de esta tensión dialéctica entre identidad y no-identidad, son fuentes de enajenación e insinceridad. Mantener la adecuada distancia, en cambio, es fuente de vida y de crecimiento y no, como pudiera pensarse en un primer momento, una trágica imposibilidad de ser idéntico a sí-mismo. Ambos elementos de la polaridad se determinan recíprocamente y, así, mi facticidad, lo que yo soy como sí-mismo, va a otorgar un sello único a ese rol colectivo y, a su vez, ese rol, por ejemplo, de médico, me va a ir haciendo a mí. El problema surge si me "sobre-identifico" con mi rol, porque ello implica una negación del resto de mis posibilidades de ser, y si bien gano con ello estabilidad, estoy perdiendo capacidad de cambio y de adaptación. El proceso inverso, el de una no-identificación con los roles sociales, conduce al aislamiento y a una estéril detención de un sí-mismo desprovisto de esa especie de "capa protectora" que es el rol. Porque el rol es tanto acceso como límite en relación al otro y por eso, al perderse, hace al otro inaccesible y al mismo tiempo invasor. Es lo que ocurre en la esquizofrenia. Es de todos conocido que los esquizofrénicos se casan con menor frecuencia, trabajan menos y mal, descienden en la escala social, se aíslan, etc. y al mismo tiempo, mientras más aislados y sin importancia social, más perseguidos se sienten. Se han dado muchas explicaciones para estos fenómenos, pero la más consistente la ha dado, a nuestro parecer, el mismo Kraus (1984) al postular que su falta de identidad deriva de su incapacidad para asumir roles sociales, lo que explicaría, entre otras cosas, la tendencia a un curso espontáneo negativo, puesto que, pasado el episodio agudo, con ayuda de los diferentes tratamientos, el paciente no encuentra roles en los cuales volver a refugiarse. En las llamadas depresiones endógenas o melancolías, en cambio, ocurre exactamente lo contrario. Estos pacientes se sobre-identifican con los roles sociales, o dicho con otras palabras, se produce en ellos un desplazamiento de la relación dialéctica entre identidad del Yo (o sí-mismo) e identidad de rol en el sentido de esta última, con lo cual, por una parte, se pierde identidad propia y por otra, se cae en el peligro de un derrumbamiento existencial, sea por la imposibilidad de realizar ese su rol, a raíz de una enfermedad somática, por ejemplo, sea porque el rol es sobre-exigido, como ocurre en el caso de un ascenso en el trabajo.

Pero en lugar de ver las personalidades entre los polos de sobre-identificación e incapacidad de identificarse con el rol, interpretando ambas formas como severas alteraciones de la identidad, podemos también limitarnos a evaluar la distancia existente entre la identidad de sí y la identidad de rol, distancia que va a determinar la configuración de otros tipos existenciales. Así, por ejemplo, en la personalidad anancástica la distancia entre sí-mismo y rol es muy escasa –casi tanto como en la personalidad depresiva– lo que haría comprensible su falta de elasticidad en todo sentido, mientras que en las personalidades histéricas la distancia entre un tipo de identidad y el otro es muy grande. Esto vendría a explicar la falta de “lealtad” con los roles que observamos en los histéricos: con qué facilidad cambian de pareja, de trabajo, de ideología, de gustos, de costumbres, etc.

Todos estos tipos existenciales resultan sólo de tomar en cuenta “una” dimensión antropológica fundamental, cual es la llamada diferencia ontológica entre sí-mismo y rol; pero, cabe también estudiar el vivenciar y el comportarse de nuestros pacientes en relación con otras proporciones o desproporciones. Así, en la misma dirección significativa de la verticalidad, se da la proporción entre altura y profundidad, tomada esta última no en el sentido de profundidad de pensamiento, sino de arraigo, de enraizamiento. Cabría entonces dividir a las personas entre las que tienen más “vuelo”, más libertad y aquellas más apegadas al terruño, a las tradiciones, al pasado, etc. En el ámbito de la horizontalidad se podrían distinguir también dos direcciones significativas y considerar como lo normal y lo perfecto la adecuada proporción entre ambas. Me refiero aquí a la relación entre el estar orientado hacia el avanzar hacia delante, hacia una sola meta y el orientarse más bien hacia la diversidad, hacia la amplitud. Estas últimas personas son más morosas y privilegian el gozar el instante, de algún modo enriquecido, que el cumplir muchas etapas velozmente. En el ámbito de la temporalidad también se dan polaridades que requieren ser mantenidas en la adecuada proporción para evitar desviaciones y desproporciones. Estoy aludiendo aquí a la polaridad entre el estar referido al futuro y el estar referido al pasado, entre progresión y regresión. Conocemos muy bien los problemas que trae consigo la regresión en cualquiera de sus formas. Pero una “progresión” excesiva, una tendencia permanente a entregarse a proyectos sin fundamentos suficientes, puede ser tan negativo como el quedar preso en conductas regresivas. Pensemos, por ejemplo, en el caso de esos sujetos ilusos que viven tan lanzados en el futuro que, lo que es un mero proyecto, lo consideran como ya logrado, algo que se transforma en fuente de sistemáticos fracasos, particularmente en el campo de la actividad económica.

Con esta breve digresión acerca de las proporciones entre las distintas polaridades en que se despliega la existencia humana, y que son necesarias resguardar, pues sus desproporciones dan lugar a la génesis de distintos “tipos existenciales” de personalidad, conectamos con el último capítulo de este ensayo que se refiere justamente a la aplicación a la psicopatología y en particular al estudio de los trastornos de personalidad, desde la perspectiva dialéctica.

## Tipologías y polaridades: la concepción dialéctica de los trastornos de personalidad

Pero si la normalidad es una "medida", una proporción perfecta entre dos extremos imperfectos (el sentido aristotélico de medida), cabría la posibilidad de ver estos extremos dialécticamente, vale decir, como polos que se repelen y se atraen, esto es, que se necesitan mutuamente. Algo patológico en uno de los extremos, la euforia de un maníaco por ejemplo, podría ser concebido no como una desviación negativa del ánimo término medio, sino más bien como "el otro lado de la depresión", como una defensa contra esa inmovilidad, esa angustia congelada, esa detención del tiempo. Y, a la inversa, lo depresivo podría ser visto como un desplazamiento de esa tensión dialéctica hacia el lado sombrío, por cierto, pero también como un salvarse de la ligereza, la irrespetuosidad, el atropello, de esa incapacidad de mantener pensamiento y conducta dentro de los cauces habituales del maníaco. Con otras palabras, se trataría de ver la positividad de lo negativo, lo que nos permitiría una comprensión más profunda de la realidad, dominada, como sabemos desde Heráclito, por el principio dialéctico.

Después de Heráclito fue sin duda Hegel (1958) quien introdujo definitivamente en la filosofía el pensamiento dialéctico y con él la pregunta que nos ocupa, cual es la de la positividad de lo negativo. Hegel llegó a decir que "la negatividad es el principio universal de toda vida natural y espiritual" (ob. cit., p. 54). Pero también Goethe es un hombre con sensibilidad para percibir las polaridades en su complementariedad:

"Lo más importante sería comprender que todo lo fáctico es ya una teoría" (Aforismos, p. 723).

Lo que complementa con otro aforismo (p. 703) que dice:

"Naturaleza e idea no son separables y si intentamos hacerlo no sólo se destruye el arte, sino también la vida".

En otro texto hace una verdadera lista de los opuestos, entre cuyos polos se mueve la vida y que él llama "la dualidad de los fenómenos":

"Nosotros y los objetos,  
la luz y las tinieblas,  
el cuerpo y el alma,  
el espíritu y la materia,  
Dios y el universo,  
la idea y la extensión,  
lo ideal y lo real,  
la sensorialidad y la razón,  
la fantasía y el entendimiento,  
el ser y la nostalgia" (p. 707).

Pero a quien le debemos la introducción sistemática del pensamiento dialéctico en la psiquiatría es al fenomenólogo alemán Wolfgang Blankenburg (1974, 1981). Lo más importante de su aporte es el cambio que esta perspectiva podría producir en la relación médico-paciente. Es muy distinto aproximarse a un paciente desde la idea o prejuicio de que se trata de un ser en algún sentido deformado, deficitario, que llegar a él sin prejuicio alguno sobre salud o enfermedad y abierto a la posibilidad de ver lo positivo de su negatividad o, en otro momento, lo negativo de su positividad. Cito a Blankenburg (1981): "El acceso al esquizofrénico es muy difícil si no nos identificamos, aunque sólo sea parcialmente, con lo que le pasa, sin que nos preguntemos el "contra qué" se está dirigiendo esa conducta o esa vivencia que nosotros experimentamos, en un primer momento del contacto con el paciente, como una nueva forma de estar en el mundo: en suma, si no nos preguntamos por la positividad de lo negativo, no encontraremos el adecuado acceso a él..." (p. 57). Junto con rescatar lo positivo, por ejemplo, en el esquizofrénico su sensibilidad, su capacidad de percibir aspectos de la realidad que escapan al vulgo, su extrema autenticidad, etc., el punto de partida dialéctico permite estimar, en su verdadera dimensión, el otro elemento que configura cualquier cambio psicótico o descompensación neurótica o psicopática, cual es, la "situación desencadenante", o dicho en términos hegelianos, *Das Aufheben* en su triple significado de terminar con algo, conservar lo mejor de ello y asumir la tarea de superar el cambio. Y, así, aparece como un error el expresar ciertas características psicopatológicas en dimensiones más o menos absolutas, v. gr., debilidad del Yo, de tal o cual intensidad, o detención en el desarrollo psicosexual más o menos profundo. En cada caso habrá que determinar en qué medida la crisis tiene que ver con el grado de debilidad del Yo o con la capacidad "explosiva" de la tarea asumida, lo que puede tener importancia para la profilaxis de nuevas crisis en el sentido de evitarle al paciente tareas que pudieran romper la fragilidad de su estructura.

En resumen, desde la fenomenología nos permitimos sugerir urgentes cambios en los conceptos de normalidad y anormalidad, los que van a permitir no sólo ser más fieles a la realidad, sino también tener una comprensión más profunda de los complejos fenómenos psicopatológicos. En último término, un cambio radical en la capacidad terapéutica del psiquiatra al hacerse mucho más fácil establecer la alianza con el paciente, si se siente éste no sólo comprendido, sino estimulado a un desarrollo de positividad, que la sociedad ha visto hasta ahora sólo como negativas. Los puntos a tomar en cuenta son los siguientes:

1. Los fenómenos psicopatológicos no deberán ser vistos como meras deficiencias, con respecto a una normalidad término medio. Más fecundo parece el punto de partida de buscar "la positividad de lo negativo" (Blankenburg, 1981).
2. El caso de los genios (Kierkegaard, Rilke) nos demuestra que, en la perspectiva histórica global, lo que en un momento dado se pudo haber considerado síntoma –y por ello anormal– puede significar la base de un desarrollo hacia las formas superiores del espíritu y, por ende, hacia la normalidad en el sentido más propio del término (Dörr, 2001).
3. La existencia no sólo de la positividad de lo negativo, sino también de la negatividad de lo positivo (caso de las normopatías) sugiere fuertemente la conveniencia de apli-

car el método dialéctico en la psipatología. Al margen de unidades nosológicas y de distinciones tajantes como sano-enfermo, normal-anormal, las manifestaciones psicopatológicas se presentan ante la mirada dialéctica como grados de condensación de una estructura polar más o menos alejados de una norma, la que, conservando su sentido griego original, sería la medida perfecta entre dos extremos imperfectos. Lo importante de esta perspectiva es que la desviación hacia un lado de la alternativa no necesita ser vista como una carencia, sino, por el contrario, como un desplazamiento dinámico de la existencia “en contra” del otro polo de la alternativa. Paradigmático ejemplo de ello es la polaridad manía-depresión y el hecho de que la principal causa desencadenante de manía sean dolores intolerables o situaciones de presión que sólo podrían conducir al suicidio. Dicho con otras palabras, el maniaco hace su euforia “en contra” de la depresión, y a la inversa, el depresivo hace su distimia “en contra” de la euforia. No deja de llamar la atención el que la mayor parte de las situaciones desencadenantes de melancolías serían causa de alegría y no de tristeza para una persona corriente: cambio a una casa mejor, nacimiento de un hijo esperado, matrimonio feliz de una hija, ascenso en el trabajo, viaje al extranjero, etc. El por qué el depresivo no se permite la alegría y ante situaciones que lo pudieran empujar a ello, reacciona con una depresión, es un tema de la mayor importancia, pero sobre el cual no nos podremos extender ahora. Sólo diremos, a modo de fórmula, que ello tiene que ver con su particular estructura de la conciencia moral.

Siempre se ha visto lo negativo de la histeria, hasta el punto de que, hoy por hoy, el vocablo es casi un insulto. Si nos acercamos a estos seres sin prejuicios y desde la perspectiva dialéctica antes expuesta, resulta que los rasgos histéricos se nos aparecen en toda su positividad (Blankenburg, 1974). Ya no es la desviación con respecto a una presunta norma, ni siquiera el resultado de determinados mecanismos de defensa “neuróticos”, sino la búsqueda de un modo de ser que evite la congelación del proyecto vital en patrones rígidos de conducta, en sobre-identificaciones con muy escasos roles, cuya sola imposibilidad de realizarlos, por circunstancias ajenas a la voluntad, puede sumir al sujeto en el abismo, como ocurre con los depresivos, que conforman en cuanto a modo de ser, como vimos, una polaridad con respecto a la histeria. Esta búsqueda de libertad en relación con la asunción de roles, propia del histérico, en su huida de la cosificación que tiene lugar en la melancolía, es sólo una de las positivities que se pueden encontrar en él. Otra sería la que se nos muestra al contemplar desprejuiciadamente la otra polaridad: histeria-obsesividad. Mientras el obsesivo vive “hacia adentro”, atormentado por sus pulsiones sexuales y agresivas, preocupado de cada uno de los movimientos internos de su cuerpo, afanoso de establecer en su entorno inmediato ese orden del que carece su interioridad caótica, el histérico se vuelca hacia el mundo y hacia los otros. No siente su cuerpo interno, ni es atormentado por los instintos, por lo demás débiles; su vida acontece en el ser mirado o admirado, dejándose mirar, vale decir, en la superficie; vive en la espontaneidad, rompe todos los órdenes, maneja a su antaño las relaciones interpersonales, y ¡cómo son amados por sus parejas! Nunca he visto amores más incondicionales que los de las parejas de personalidades histéricas. ¿Será esto masoquismo solamente? ¿O no se tratará más bien de que el histérico sabe “entre-tener” (tenerse y tener al otro en el “entre”) como ninguno, que su teatro permanente que tanto le reprochaba Jaspers (1959, p. 370) es sólo una versión algo más acentuada de ese juego de roles que es la vida, el mismo

juego que hiciera dudar a Calderón de si “la vida es sueño”? Resulta, entonces, que la histeria es la vertiente positiva de la obsesividad y, a la inversa, el obsesivo lo es también con respecto a la histeria. Porque podrá ser todo lo “anal” que se quiera el obsesivo, pero qué capacidad de trabajo, de perseverancia, qué fuerza instintiva. ¡Cuántos conductores del género humano han sido grandes obsesivos, llenos de contradicciones sí, pero qué creadores! Recordemos el caso del filósofo Soeren Kierkegaard, cómo se atormentaba él con las estrictas normas morales que le infundiera su rígido padre en la infancia, cómo cada decisión lo hacía sudar, cómo la sola posibilidad remota de un pecado lo hacía echar pie atrás en su noviazgo con la dulce Regina, aunque era el único ser a quien fuera capaz de amar. Y, sin embargo, en sus últimos años, se fue “soltando” y viajó y buscó la fama, se peleó con sus editores y no quiso dejar ni un pensamiento sin darlo a conocer al mundo. Es como si la maduración de su genialidad hubiera sido posible a través de un cierto grado de “histerización” de su persona (Dörr, 1998). Ergo: el remedio para la histeria sería un poco de obsesividad y para los obsesivos una dosis de histeria. Santa Teresa fue una gran histérica e Ignacio de Loyola un gran obsesivo. En los éxtasis de la primera y en las obras (en particular los Ejercicios Espirituales) del segundo encontramos las huellas inconfundibles de estas dos estructuras psicopatológicas. ¿Y los llamaríamos “personalidades anormales” o “límitrofes” o “psicópatas”?

Pero, nosotros debemos enfrentar a muchos pacientes con los más diversos rasgos anormales, que a veces configuran algunas de estas conocidas estructuras de personalidad, por las que sufren o hacen sufrir, como decía K. Schneider (1962). Y sería muy importante que aprendiéramos a desprendernos de los prejuicios o de los juicios de valor y pusiéramos más atención hacia el lado positivo que hacia el negativo, porque la personalidad es histórica y mantiene, por cierto, la identidad, pero, a través del cambio y este permanente juego entre sí-mismo y rol sólo termina con la muerte, cuando ambos vuelven a ser uno, como ocurre con los objetos inanimados. Y por “psicopática” que sea la personalidad, siempre hay posibilidades de algún cambio, ya sea por golpes de fortuna, por amores que remecan profundamente, por conversiones religiosas o por violentos encuentros con Dios, como le ocurriera al fanático (¿psicópata?) de Pablo de Tarso, camino de Damasco. Y estos cambios deben ocurrir en el sentido de la polaridad contraria. En el caso de la histeria hacia la depresión o hacia la obsesión, en el caso de la esquizofrenia, emparentada en cierto modo con la histeria (Dörr, 1972), también hacia el mismo lado. Lo depresivo le puede dar su excelente manejo del sentido común, mientras lo obsesivo le puede regalar fortaleza del Yo y capacidad de imponerse en la vida cotidiana. Y a la personalidad melancólica, con su irritante virtuosidad, con esa rigidez en el cumplimiento de los deberes, con ese casi inhumano olvidarse de sí-mismo, ¿no le haría bien un poco de vuelo metafísico al modo del esquizoide o de frivolidad y libertad ante normas y valores, como el histérico?

En las personalidades anormales y/o trastornos de personalidad, y a diferencia de las psicosis declaradas, sean éstas orgánicas o endógenas, el grado de forzosidad de sus manifestaciones nunca es total, o, dicho en otras palabras, ellos conservan siempre un grado importante de libertad, a la cual deberá recurrir el psiquiatra en sus afanes modificadores. Pero será siempre un error el orientar al paciente a una mera adaptación a ese inexistente “término medio”. Por el contrario, deberá resaltársele toda la positividad de sus ras-

gos pretendidamente anormales, pero de tal manera que se le haga claro el camino a recorrer en la dirección contraria, hacia su polo opuesto, que no le es tan ajeno, porque de algún modo arrancó antes de él; de algún modo está todavía en él. Y entonces esperar que los pasos madurativos lo vayan acercando más y más al centro de la polaridad, a la medida, al *metron* o norma griega, sin jamás perder la esperanza, porque como dice la vieja sabiduría de Heráclito:

“ (A la larga) lo frío se calienta, lo caliente se enfría,  
lo húmedo se seca y lo seco se humedece” (Frag. Nº 126).





## Capítulo 13

### LA INVESTIGACIÓN PSICOFISIOLÓGICA DE LA PERSONALIDAD: HACIA UNA DEFINICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE RASGOS

---

■◆ *Fernando Lolas Stepke*

En este artículo se presenta una proposición sobre el estudio psicofisiológico de la personalidad, caracterizado por la articulación de los discursos fisiológico, conductual y vivencial, en la triple perspectiva de lo descriptivo, lo explicativo y lo predictivo. Se sugiere definir rasgos no solamente por la constancia en el tiempo sino también por la configuración concordante en los tres discursos metódicos que conforman el ámbito psicofisiológico. Se ejemplifica mediante los estudios del autor, sobre la dimensión aumento-reducción que brinda oportunidad para el desarrollo de una teoría integradora sobre el comportamiento.

#### **Fines de una teoría para la personalidad**

---

La metodología es la reflexión sobre los métodos. No una descripción ni un examen de sus aplicaciones concretas.

En las disciplinas científicas, la renovación ocurre a través de cambios en las metódicas. Muchas veces, estos cambios acontecen por la dinámica propia del desarrollo tecnológico y no son estudiados en su impacto epistemológico. Como los métodos marcan los límites de posibilidad de toda construcción conceptual, no son neutrales en relación a los contenidos de las disciplinas. Los objetos de las ciencias no aparecen idénticos desde distintos ángulos metódicos. Son construidos, cada vez, con intenciones diferentes, incorporadas al diseño del método que se escoja para formular y responder las preguntas. Cuando un método permite una pregunta, la legítima. Por ejemplo, no sería correcto preguntar por la cinética de los afectos inconscientes, como no lo sería preguntar por la catexis de una enzima. El lenguaje, por trivial que parezca el aserto, literalmente limita las preguntas legítimas y condiciona sus respuestas (Lolas, F., 1982). Viktor von Weizsäcker

expresaba esto diciendo que, quien pregunta fisiológicamente recibe respuestas fisiológicas, y quien psicológicamente, respuestas psicológicas. Esto encontró expresión en el principio de la puerta giratoria (*Drehtürprinzip*).

Un hecho del cual toda teoría psicológica debe dar cuenta es la “diversidad entre individuos”.

Por ello algunos hablan de “diferencias individuales”. Más adecuado sería decir “diferencias interindividuales”.

Las diferencias estudiables proceden de muchas fuentes. Por ejemplo, de la cultura en que se ha nacido del lenguaje que se habla, de la apariencia física, de las circunstancias en que observamos, de los observadores.

Una disciplina de la diversidad busca las invariantes de ésta y las somete a pruebas de validez y confiabilidad.

Damos el nombre de “personalidad” a aquellas diferencias entre individuos a las que atribuimos un origen en los individuos mismos. O, aún cuando no se originan en ellos, se expresan en comportamientos individuales de manera constante.

Las teorías de personalidad sistematizan las diferencias con tres propósitos:

- a. **Descriptivo;** proveyendo conceptos mediadores del diagnóstico, es decir, que permitan conocer, lo que en este caso quiere decir agrupar lo semejante y separar lo diferente.
- b. **Predictivo;** pues se trata de conceptos disposicionales, que anticipan un determinado comportamiento en contextos que las propias teorías definen. No existe teoría de personalidad que no haga, implícitamente, suposiciones sobre los entornos de los individuos y su impacto en éstos.
- c. **Heurístico o comprensivo;** en el sentido de ayudar a entender, o explicar, el origen de las diferencias. Los constructos de las teorías señalan ejes de influencia causal, susceptibles de intervenciones dirigidas a ciertas metas. Este objetivo se expresa en enunciados que señalan el resultado probable de ciertas manipulaciones correctivas (terapéutica), maximizadoras (educación) o reductoras (disciplina y castigo) del comportamiento o la ideación.

Dado el carácter constructivo de toda teoría, el “objeto” personalidad puede ser un término tan científico como célula, protón o gravedad, a condición de hacerlo dependiente de una racionalidad instrumental (operacional). En este sentido, no hay teorías “de” la personalidad sino “para” la personalidad. Más precisamente, para construir la personalidad según los cánones de ortodoxia de los métodos empleados (Eysenck, H., 1981).

No hay teorías verdaderas o falsas. Tampoco teorías más ciertas, por naturales, o más inexactas, por inadecuadas a un objeto. Hay solamente teorías útiles y teorías inútiles.

Esto significa que es necesario examinar, frente a cada teoría, qué fines o intereses persigue. Si puramente descriptivos, en el sentido de claves léxicas para separar y agrupar. Si comprensivos, en el sentido de identificar influencias causales relevantes. Si predictivos, previendo comportamientos y situaciones sobre las cuales intervenir.

El examen comparativo de teorías no conduce a señalar si una afirmación es mejor que otra en toda circunstancia, o si un lenguaje es más exacto o más certero. Debe considerarse la finalidad del constructor de la teoría y de qué modo su producto la logra. Toda teoría es expresión de una creencia y de algún interés.

## Discursos metódicos: textos y con-textos

---

Las teorías para la personalidad pueden construirse con diversos lenguajes metódicos.

Ignoraremos cuán lastrada por improntas culturales está la noción misma de individuo autónomo. No nos detendremos, tampoco, en la suposición de que los individuos son estudiables con independencia de sus comunidades y de las interacciones con quienes les observan. Ya estos son pre-supuestos sobre los que podría discutirse. En algunas culturas, o en grupos de una misma cultura, el sujeto aparece carente de independencia conceptual y valórica, o sin sentido. Baste señalar que la subjetividad, como categoría de análisis, puede ser puesta en entredicho (Cramer, K., y cols., 1992).

La mayor parte de las teorías de personalidad se basan en discursos metódicos. Un discurso es una forma de racionalidad instrumental que amalgama lenguaje y hablante con un propósito enunciativo o performativo. Es decir, dice o hace algo a alguien. Cuando los discursos crean los objetos de que hablan, se convierten en disciplinas y proveen reglas para la generación de otros discursos de su misma especie. Tales reglas dan sentido o dotan de significado a eventos y acaeceres aislados. El "significado" de un eclipse es la posición de ese "hecho" o "dato" –eclipse– en un discurso, que *ipso facto*, es su explicación. Una buena descripción en términos de una teoría poderosa es, ni más ni menos, que la explicación de lo observado o su construcción plausible con fines pronósticos. Para un astrónomo, significa una interferencia en órbitas de cuerpos celestes. Para un creyente en deidades, una interferencia de sus poderes. En este plano, la cientificidad puede predicarse de toda explicación sistemática.

El hecho a explicar –el *explanandum*– puede ser reformulado en muchos discursos.

Desde el punto de vista biológico, en términos de mediciones químicas, electrofisiológicas, reproductivas, perceptuales. Esto es, con el armamentarium de las ciencias biológicas.

Acudiendo al comportamiento manifiesto, como evaluación de conductas espontáneas o provocadas, expresividad gestual, intensidad de respuestas, descritas con arreglo a ciertos parámetros físicos.

Desde el punto de vista subjetivo, acudiendo a las ideaciones, emociones, cogniciones y motivaciones inmediatamente perceptibles o generables en respuesta a demandas. Una variedad del punto de vista subjetivo, por los instrumentos que emplea mas no por la intención manifiesta, es la dinámica.

Es evidente que todas estas construcciones son re-construcciones de los hechos a explicar en lenguajes que incluyen metáforas de metáforas. Toda teoría es una metáfora útil para ciertos fines. Todos los fines científicos son, directa o indirectamente, narrativos.

Es importante destacar que estos distintos textos –el fisiológico, el conductual y el subjetivo– son recíprocamente con-textos. Se pueden emplear, complementaria pero no supletoriamente, para la descripción y la predicción, pero nunca –pues es pregunta empírica– puede suponerse isomorfismo entre ellos. Simplemente, porque el conocimiento nunca está desligado de algún interés y los intereses de estos distintos discursos son distintos. Interés debe entenderse aquí como finalidad u objetivo.

## **Rasgos como invariantes: temporales y sistémicas (psicofisiológicas)**

---

La mayoría de las teorías sobre personalidad se basan en rasgos. No todas emplean el término, pero implícitamente es el que está más próximo a lo que se identifica con personalidad. Esta puede ser concebida como un sistema de rasgos.

Lo que un rasgo sea, es otro problema. Puede definirse como una categoría discreta de descripción, un tipo ideal o una dimensión que acepta valores en un continuo de mediciones. Puede equiparárselo a una combinación de perceptos de observadores entrenados. Puede ser una estilización sindromática de comportamientos sociales. Las posturas más difundidas, entre quienes aceptan que es posible definir rasgos, son la categorial y la dimensional. Dos modos distintos de mirar, en ocasiones irreconciliables, pueden divorciar la investigación del trabajo clínico (Fawcett, J., 1993).

Más importante que zanjar esta diferencia es indagar qué caracteriza a un rasgo.

Frecuentemente, se alude a la persistencia. Ciertamente, esta afirmación debe cualificarse. Nadie exige total inmutabilidad. Diría más bien que, dadas ciertas constelaciones situacionales, el comportamiento, la fisiología y la ideación de una persona se mantienen dentro de ciertos límites predecibles. Un estado, por oposición, es algo que comienza y finaliza en un tiempo abarcable.

Las habituales consideraciones sobre validez y confiabilidad obligan a construir instrumentos que definan invariantes en poblaciones de sujetos definibles.

“Perspectiva psicofisiológica”, es un apelativo para una postura que reconoce tres principios: el origen extracientífico (y en ocasiones cuasi mitológico) de los intereses que

alientan el trabajo de investigación, la complementariedad de los discursos y la posibilidad de redefinir rasgos atendiendo no sólo a la permanencia en el tiempo sino también, básicamente, a la emergencia equivalente del fenómeno definitorio en más de un discurso (Lolas, F. 10, 12, 17).

Un rasgo útil en este análisis, es el que puede definirse válidamente en el plano fisiológico, en el conductual y en el subjetivo. Un rasgo es una construcción multifacética que "existe" en varios discursos diferentes. Mientras más miradas acepta un objeto, afirmaba Bergson, más "real" es. Un rasgo será más o menos existente "psico-fisiológicamente" mientras más operaciones discursivas lo hagan "objeto" de observación con métodos distintos.

Aunque el diseño para plantear preguntas experimentales pudiera dar la impresión de que es válido esperar correlaciones como resultado aceptable, en realidad la construcción de una teoría psicofisiológica para la personalidad es un proceso de interacciones, con frecuente traspaso de conceptos a la categoría de variables independientes o dependientes y permanente de-construcción de las inercias del pensamiento corriente. Ejemplo: no necesariamente lo biológico precede o es causa de lo psicológico. El "arreglo" conceptual es construido, cada vez, atendiendo a las necesidades propias del discurso: descriptivas, predictivas o interpretativas. Los elementos para tal construcción son artefactos metódicos que se constituyen en hechos, o hechos, que la prueba empírica depurará.

Hay buenas evidencias históricas para defender esta postura. Desde luego, ya en las ciencias duras se ha abandonado el internalismo geométrico de aquellos que argumentaban que lo científico es signo y término de pura razón instrumental. Todas las verdades son mudables a tenor de su construcción social. Aún las más "materialistas" de las disciplinas, por ejemplo la psicofísica fechneriana, serían incomprensibles sin el trabajo previo de reflexión filosófica y aún de ocultismo que el propio Fechner realizó antes de llegar a su famoso principio (Lenning, P., 1994). No es necesario recurrir a ninguna variante del vitalismo o del iluminismo para entender que las ciencias son positivas porque siempre sus productos son procesos psicológicos con una audiencia estructurada lingüísticamente.

Lo que se observa en lo verbal, lo fisiológico y lo conductual no es la realidad pura. "La realidad no es causa sino producto de la percepción entrenada en métodos específicos, esto es, lenguajes". Producto de interacciones, ciclos intencionales, situaciones, disposiciones, ambientes, observadores y métodos.

Para definir rasgos, más importante que la estabilidad, es la "permanencia transcontextual". La posibilidad de construir válida y significativamente semejantes objetos en más de un discurso. Estructuras iso-significantes. Iso-sémicas. Poli-sémicas.

Esto supone depuración de artefactos irrelevantes, experimentos teóricos (mentales) de reconstrucción, iteración y pruebas empíricas.

Las disciplinas son plexos connotativos, mallas dadoras de sentido para los datos, instancias reconstructivas de significados (el significado es la posición de un enunciado o de un término en un discurso-disciplina). Los discursos que se convierten en disciplinas, además de construir los objetos de los cuales hablan, tienen hablantes institucionalizados.

Es, no solamente el hablante como individuo el que define y contrasta sino el hablante “en nombre” de una comunidad de pares. De allí que el discurso de la psicología, como el de cualquier disciplina, esté sometido a las jurisdicciones de la ortodoxia en un momento evolutivo de ella. Esto no es irrelevante para la construcción de la personalidad como objeto científico. Aún empleando el mismo término –personalidad– es evidente que entienden cosas distintas un psicoanalista y un psicometrista, sin aludir a quienes niegan la permanencia de los rasgos.

## **Principios para el trabajo de investigación empírica**

---

A lo largo de algunos años destinados al estudio de las diferencias individuales en el marco conceptual esbozado, han surgido ejemplos relevantes. El principal de ellos se refiere a una dimensión del comportamiento que encuentra representación complementaria en diversos ámbitos metódicos y que merece examen desde el punto de vista clínico. Sin embargo, las aplicaciones clínicas no son el principal incentivo para acometer un estudio de esta índole. Conceptualmente, el ámbito excede la mera aplicación diagnóstica o los usos predictivos. En el plano de lo heurístico, una teoría útil es también aquella que permite seguir investigando ejes de influencia causal y modelos explicativos del comportamiento.

El constructo aumento-reducción es un buen ejemplo de perspectiva complementaria. Originario de la investigación sobre el dolor, mediante métodos de psicometría conductual, pronto fue reformulado electrofisiológicamente, estableciéndose propuestas para su vinculación con sistemas neuroquímicos. Históricamente, el principio general recuerda el de las “series complementarias” de Freud, la barrera de estímulos y la inhibición transmarginal de los pavlovianos y muchas conceptualizaciones sherringtonianas sobre la función integradora del sistema nervioso. Es posible extrapolar algunas informaciones del campo de la percepción al de la motivación y la emoción; y las metáforas empleadas son intuitivamente formulables en términos fisiológicos, introspectivos y conductuales. De hecho, la principal fortaleza del paradigma reside en las predicciones transcontextuales que permite: determinados comportamientos y formas de ideación pueden ser predichos con arreglo a los datos fisiológicos y viceversa. En tal sentido, predecir la tolerancia al dolor o el comportamiento de un individuo en un contexto determinado son importantes aplicaciones.

Escuetamente, la diferencia entre individuos en estudio puede identificarse con “reactancia perceptual” o la tendencia a equilibrar la intensidad de la estimulación. Hay individuos que “amplifican” la intensidad de las percepciones al incrementarse la intensidad de los estímulos. Otros, en cambio, la reducen. Los “aumentadores” serían individuos con un sistema nervioso en un estado basal de activación reducida. De allí, el carácter compensatorio del “aumento”. Los reductores serían individuos basalmente sobreactivados. De allí, su tendencia a atenuar fisiológica y perceptualmente los efectos de la estimulación sensorial. Si bien la percepción sensorial aporta el modelo más evidente de las relaciones entre organismo y entorno, el principio del aumento-reducción no se restringe a ella. En reali-

dad, este constructo –como modelo de dimensión de personalidad identificable subjetiva, fisiológica y motóricamente– permite describir aspectos motivacionales y emocionales de manera coherente. En ello reside parte de su potencial descriptivo, pronóstico y explicativo. Una prueba simple de reactividad perceptual que predijera, por ejemplo, tendencias en el ámbito de las motivaciones, de la tolerancia al dolor o de la susceptibilidad emocional, constituiría no sólo un valioso auxiliar para el trabajo clínico o pedagógico. También permitiría inferir el modo de trabajo del sistema nervioso, las dependencias observables entre modalidad sensorial y reacción conductual o subjetiva. Esto tiene implicaciones para el diseño de un “sistema nervioso conceptual” (SNC) compatible con la evidencia empírica.

Las pruebas de aumento-reducción empezaron siendo conductuales. El post-efecto figural kinestésico, como técnica para objetivar los cambios residuales en la sensación tras una estimulación kinestésica, permitía distinguir aquellos sujetos que amplifican la misma estimulación después de un estímulo distractor de aquellos que la reducen. El estímulo, igual en ambos casos, es percibido de manera diferente después de haber “inducido” una modificación en el “set” o disposición perceptual mediante estimulación intercurrente. La primera pregunta que surge se refiere, naturalmente, a la confiabilidad de la adscripción de un sujeto determinado al “estilo” aumentador o al reductor. Otras interrogantes de importancia aluden a la dependencia del fenómeno de una modalidad sensorial determinada o a la posibilidad de que se trate de una propiedad general del sistema nervioso.

La incorporación de métodos electrofisiológicos permitió modificar el procedimiento de examen. Típicamente, se estimulaba al sujeto con intensidades crecientes, auditivas o visuales, registrando sus respuestas en el potencial cerebral evocado por la estimulación. Significativamente, los estímulos son distintos entre sí, a diferencia de los empleados en la técnica del postefecto figural kinestésico. La respuesta es eléctrica y sólo ocasionalmente se interrogaba a los sujetos con respecto a sus sensaciones subjetivas durante el experimento.

Existía, y existe, la idea de que los indicadores fisiológicos son en cierta medida independientes de la cultura (*culture-fair indicators*, como dicen algunos autores). Ello no sólo significaría mayor “objetividad”, también sugiere que estos indicadores, producidos por transacciones físicoquímicas en la intimidad de las células y tejidos, están más cerca de los basamentos de la conducta que de la conducta misma. Podría argumentarse que una expresión cualquiera de rabia, por ejemplo, siendo idéntica a otra desde el punto de vista de los procesos fisiológicos, podría estar sometida a “reglas de despliegue” distintas según el contexto, que de alguna manera no precisada podrían hacerla más variable de lo que en realidad es. Es sorprendente que afirmaciones de este tipo sean hechas por científicos del campo de las ciencias humanas y sociales. Basta una superficial consideración para percatarse de que no hay datos “culture-free” ni tampoco “culture-fair”, porque los datos son siempre pre-textos para los textos de la ciencia y no existe sino una manera de comunicarlos: a través de la mediación lingüística, que en sí misma es un tamiz selectivo (Eco, U., 1994).

Para el caso que nos ocupa, lo notable es la naturaleza de las predicciones y, sobre todo, la coherencia de los principios predictivos. El estudio del aumento-reducción ha signifi-

cado, para nosotros, examen de materias como la homeostasis sensorial (sensoriostasis), según la cual los organismos mantienen una cierta constancia de su ambiente perceptual, incrementado o disminuyendo su intensidad. Habitaríamos una "burbuja" de intensidades constantes y buscaríamos activamente su preservación en términos cuantitativos y cualitativos. La expansión a los conceptos de "búsqueda de sensaciones" (sensation seeking), restricción alimentaria (*dietary restraint*), "nivel óptimo de activación" (optimal arousal level), experiencia y expresión emocionales pueden no ser evidentes de suyo, mas han constituido, para nuestro trabajo, ejemplificaciones del principio general, cuya emergencia isomórfica, en distintos espacios semánticos y en distintos contextos teóricos y de aplicación son un desafío para la invención conceptual que caracteriza a la ciencia. Sus implicaciones serían muy extensas para recibir adecuado desarrollo en este lugar.

Baste, no obstante, destacar que sigue existiendo la pregunta básica que domina los estudios sobre diferencias individuales. Cómo se describen, anticipan y explican. Cuáles son los más apropiados ejes de influencia causal que permiten estudiar la variabilidad. En algunos de nuestros trabajos, explícitamente, mantuvimos la reserva de la variabilidad transcultural, incluso de los índices fisiológicos, y sometimos los instrumentos psicométricos (como la escala de Reducing-Augmenting de Vando) a los tradicionales controles que se emplean en la esfera de las pruebas "de lápiz y papel"). Fue preocupación constante el vincular los datos de esta dimensión de aumento-reducción, o reactancia perceptual, con las predicciones de la teoría de H.J.Eysenck y con los datos de la investigación psicofisiológica en general.

La notable coalescencia de puntos de vista que en el pasado pudieron juzgarse disímiles, o antagónicos, debe tenerse presente en cualquier esfuerzo de integración. Ello no significa solamente "endurecer" con datos de las neurociencias las conceptualizaciones dinámicas o sociológicas. También supone "ablandar" las informaciones neurobiológicas con los puntos de vista de estas. Esto es válido no sólo para la etapa de recolección de datos, también para la integración de ellos (que supone estrategias metódicas especiales) y, por supuesto, para la comunicación. Cada día es más evidente lo que decíamos al comienzo de este trabajo: que no puede disociarse el contenido de una disciplina científica de los "intereses" que animan a sus cultores. Sin duda, la construcción o invención de un término "técnico", para dar cuenta de la individualidad, exige un esfuerzo de traducción e integración, nunca plenamente logradas si no se reconoce que no ocurren en el vacío sino siempre en el contexto de finalidades e intereses, que conforman –y no son meros agregados– los discursos que conocemos como disciplinas científicas (Lolas,F.,1980). Prueba de ello son las conceptualizaciones sobre "dimensiones universales" de personalidad, que recuerdan los esfuerzos históricos por dilucidar cómo sería, o debiera ser, la "lengua perfecta" en que se describirá o se conformará el mundo. Podríamos decir que tal lengua, integradora, se compone de cifras de muy diversa contextura, generadas por métodos diferentes, y que su dominio exige un talento creador (Eco,U.,1994).



## Capítulo 14

### TEORÍA DEL APEGO Y PATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD: IMPLICANCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA TERAPÉUTICA

■◆ *Juan Pablo Jiménez de la Jara*

Desde los tiempos de Freud, el psicoanálisis nunca ha puesto en duda tres ideas principales en relación con el origen de la psicopatología del adulto:

1. Las preocupaciones psicológicas del presente, en sus aspectos normales y patológicos, son un reflejo de precursores infantiles.
2. Las experiencias e interacciones de los primeros años de vida con los cuidadores primarios fijan patrones que forman expectativas inconscientes, a través de las cuales, entendemos y enfrentamos posteriormente la vida adulta.
3. La identificación de estos patrones infantiles es un aspecto crucial de la comprensión (diagnóstica y terapéutica) de una persona adulta.

Con todo, si bien estas afirmaciones han encontrado un creciente apoyo teórico y clínico, y son compatibles con los resultados de la investigación empírica, el campo de los trastornos de personalidad aún carece de una teoría del desarrollo, suficientemente amplia, que permita entender las vicisitudes evolutivas que atraviesa una persona en particular para llegar a ser diagnosticada en la edad adulta como portando una patología de la personalidad.

La teoría del apego, iniciada por John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, y desarrollada en las dos últimas décadas del s.XX por una multitud de investigadores y clínicos, ofrece la perspectiva del desarrollo tan necesaria para una mejor comprensión y terapéutica de la patología de la personalidad. Además, la teoría del apego ilumina las dimensiones interpersonales de las dificultades que surgen de la personalidad, tanto en su relevancia para la adaptación personal, como también dentro del contexto social en el que se desarrolla la patología. Aún cuando la investigación en apego tendió en sus

primeras etapas a centrarse en el funcionamiento de la niñez temprana, fueron contribuciones ulteriores las que ofrecieron una perspectiva de comprensión del desarrollo de la personalidad, de la regulación emocional y los procesos de mentalización y, en general, de la psicopatología.

La hipótesis clave de la teoría del apego fue formulada así por Bowlby: “ Las variaciones en la manera como estos lazos (de apego) se desarrollan y llegan a organizarse durante la infancia y la niñez de los diferentes individuos, son los determinantes principales de cómo una persona crece hasta llegar a ser mentalmente sana”. Por lo tanto, el estudio de las variadas formas que puede tomar el “apego inseguro” puede ayudar a clarificar los derroteros que conducen a distintas formas de patología de la personalidad.

En el presente capítulo se presentan brevemente los conceptos claves de la teoría del apego, para después aplicarlos a la teoría de la personalidad, desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo, poniendo énfasis en los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

## **La naturaleza del vínculo del bebé con su madre y el desarrollo de la teoría del apego**

---

Hasta los años cuarenta, psicoanalistas y teóricos del aprendizaje postulaban que el vínculo primario entre el bebé y su madre estaba centrado en la alimentación y las otras necesidades de cuidado físico. Consecuentemente, el cuidado profesional de los niños pequeños y la política institucional asignaba muy poca importancia a la relación del niño con sus padres o cuidadores primarios. A menudo, los pequeños eran separados de sus madres cuando éstas eran pobres o solteras. Una actitud similar era corriente en la práctica hospitalaria. De rutina, la visita de los padres estaba severamente restringida (Bowlby, J., 1951).

En contraste con esta concepción, John Bowlby (1958) opuso las siguientes afirmaciones:

1. Un bebé nace con una predisposición (genética) a apegarse a su cuidador o cuidadora.
2. El bebé organiza su conducta y pensamiento con el objetivo de mantener estas relaciones de apego que son cruciales para su supervivencia física y psicológica.
3. El niño mantendrá tales relaciones pagando a veces un alto precio en términos de su propio funcionamiento.
4. Las distorsiones en los modos de sentir y de pensar que se originan en las perturbaciones tempranas en el apego, a menudo, ocurren como respuesta a la incapacidad de los padres de satisfacer las necesidades de confort, seguridad y afirmación emocional del niño.

Bowlby y Robertson (1952) observaron y filmaron sistemáticamente a niños de entre 18 meses y 4 años de edad, separados de sus familias por una semana o más, en hospitales y guarderías infantiles, identificando consistentemente en la reacción de los niños a la separación de sus padres un proceso de tres fases: "protesta", "desesperación" y "desapego".

1. La *fase de protesta*, que típicamente dura desde algunas horas hasta poco más de una semana, se caracteriza por la aguda aflicción por la separación: gritos y llantos son la regla. El pequeño grita fuerte, expresa rabia, sigue a la madre, golpea la puerta, se cuelga de sus ropas. Cualquier ruido o movimiento lo alertará y buscará ansioso comprobar si la madre ha vuelto. Durante esta fase, los esfuerzos de otros adultos por consolarlo tienen poco éxito. Aun cuando el llanto tiende a disminuir con el paso de los días, reaparece durante la noche. La búsqueda de los padres se hace más esporádica. Las emociones dominantes de esta fase son el miedo, la rabia y la aflicción. Miedo y aflicción, señalan la evaluación que hace el pequeño del peligro al que está expuesto al verse separado de su figura de apego primaria y la rabia sirve para movilizar sus esfuerzos para reunirse con su madre.
2. La *fase de desesperación*, que sigue a la anterior, se caracteriza por conductas que sugieren una pérdida creciente de la esperanza de que la madre vuelva. Aunque el niño puede seguir llorando, intermitentemente, las conductas físicas activas tienden a disminuir, y el niño se retira y desapega de las personas del entorno. Bowlby interpretó este comportamiento como similar al de un duelo profundo, en el que el niño interpreta la separación como pérdida de la figura de apego. Sugirió que los adultos suelen mal interpretar esta reducción de la actividad y retirada como una disminución de la aflicción por la separación. Aparecen tristeza y conductas hostiles dirigidas hacia otros niños o hacia objetos favoritos traídos desde la casa.
3. La *fase de desapego*, está finalmente marcada por una vuelta activa de la atención hacia el entorno. En esta fase, el niño ya no rechaza a los cuidadores alternativos y algunos hasta llegan a mostrarse sociables con los adultos y compañeros, pero no hay que engañarse. La naturaleza de esta fase queda clara cuando el niño se reúne con su madre. Un pequeño que alcanzó la fase de desapego mostrará una sorprendente ausencia de alegría cuando la madre retorne. En vez de recibirla con entusiasmo, mostrará apatía; algunos parecerán no reconocerla, otros se apartarán de ella. Su expresión en el rostro será de indiferencia, aún cuando puedan aparecer, esporádicamente, esbozos de llanto. Otros oscilarán entre estas conductas y aferrarse a las madres como señal de miedo de ser abandonados nuevamente.

## Conceptos claves de la teoría del apego

---

Las teorías psicológicas en boga en los años cuarenta, centradas en las necesidades de alimentación y cuidado físico, no asignaban ninguna especificidad al vínculo con la madre o con el cuidador primario y, por lo tanto, no había explicación satisfactoria para las conductas observadas en niños separados de sus familias. Buscando paradigmas alter-

nativos, Bowlby (1958) se topó con la etología, o biología de la conducta. Ya en los años treinta, Lorenz (1957) había demostrado que, incluso en especies en que los recién nacidos se alimentan por su cuenta –como los gansos–, se desarrolla un fuerte vínculo entre la madre y su retoño. Sobre la base de estos estudios, Bowlby sugirió que los infantes humanos organizan muchas de sus conductas en torno a la mantención de la proximidad física con uno de sus padres. En el marco de la teoría de la evolución, postuló que los sistemas conductuales de apego sirven a la función biológica de protección en las especies que tienen un período prolongado de desarrollo antes de alcanzar la madurez reproductiva. Así, en esas especies, los pequeños tienen más chance de ser protegidos y, por ende, más ventajas en la supervivencia.

El concepto de sistema conductual ofrece también un modelo para entender las conductas relacionadas con el miedo. El miedo es activado por claves naturales de peligro, como son la ausencia de familiaridad, los cambios bruscos en la estimulación sensorial, los acercamientos rápidos o imprevistos, las alturas, o el quedarse solo. Además de las claves naturales, hay una variedad de claves culturales aprendidas por observación o asociación. Las conductas relacionadas con el miedo tienen por objeto alejarse del peligro o eliminar el objeto temido.

Las conductas de miedo y de apego a menudo son desencadenadas por las mismas circunstancias. Cuando un niño tiene miedo o siente dolor, no sólo quiere evitar la fuente de displacer, sino también busca activamente protección y seguridad. Si la figura de apego no está disponible, se desata una situación doble de miedo: el niño no sólo está enfrentando un peligro sino, además, está aislado de su fuente de protección. Esto es lo que sucede con los niños en un hospital: no sólo están en un ambiente extraño y sometidos a procedimientos potencialmente dolorosos, sino que también están sin posibilidad de recurrir a la sensación de protección que les da la cercanía de su madre.

Mary Ainsworth, discípula y colaboradora de Bowlby, describió el juego entre los sistemas de apego, de exploración y de miedo. En contraste con el sistema de miedo, el sistema de exploración, cuya función primaria es el aprendizaje, interactúa de manera muy diferente con el sistema de apego. Ainsworth notó que la presencia de la madre a menudo aumentaba la calidad del juego del niño y su exploración del entorno. En contraste, si el pequeño se afligía o se activaba el sistema de apego, juego y exploración cesaban rápidamente hasta que el niño se sentía reasegurado o tranquilizado por la madre. La madre es así usada como “base segura” desde la cual se sale a explorar.

Sobre la base de estas observaciones, Mary Ainsworth (Bowlby, J., 1958) diseñó una situación experimental, la llamada “situación extraña”, que consiste en ocho episodios de tres minutos cada uno, comenzando con un observador que introduce a una madre y a su niño de 18 meses a una pieza desconocida con juguetes. Durante el primer episodio la madre está presente y los juguetes en la pieza despiertan algún grado de exploración de parte del niño. En el segundo episodio, el observador deja la habitación, permitiendo al infante y a su madre interactuar libremente en el laboratorio. La mayoría de los niños usan a sus madres como base segura y se lanzan a explorar y a jugar con los juguetes. En el episodio tres entra un extraño, lo que típicamente eleva el nivel de precaución en el niño y activa el

sistema de apego. En el episodio cuatro la madre deja la pieza y el extraño trata de facilitar el juego del niño. Esta primera separación tiende a aumentar en el pequeño el nivel de miedo y las preocupaciones de apego sobre la disponibilidad de la madre. En la medida de la activación de los sistemas de miedo y apego, el nivel de exploración y la calidad del juego tienden a disminuir. En el episodio cinco la madre regresa y el extraño abandona el lugar. La mayoría de los niños salen activamente al encuentro de sus madres, y como disminuyen sus preocupaciones sobre la disponibilidad de las madres, muchos niños vuelven a la exploración y al juego. En el episodio seis la madre sale nuevamente de la pieza, dejando al pequeño solo. Esto crea una situación compuesta de entorno extraño, separación de la madre y una clave natural de peligro, como es el estar solo. Como se activa el sistema de miedo, el nivel de activación del apego es también alta. Muchos infantes protestan activamente por esta separación, haciendo esfuerzos por seguir a su madre, llorando y mostrando rabia. En el episodio siete el extraño vuelve a entrar e intenta tranquilizar al pequeño, lo que logra con dificultad y parcialmente con la mayoría de los niños, persistiendo señales de aflicción hasta el episodio ocho, cuando entra la madre. En este episodio final, el bebé típicamente busca el contacto físico con la madre y el reaseguramiento de su disponibilidad. El sistema de miedo se desactiva y el bebe exhibe un estado de mayor seguridad y bienestar.

## **De la separación como amenaza a la disponibilidad de los padres**

---

Los estudios de Ainsworth observando los efectos de las “mini-separaciones” en la situación extraña, no sólo entregaron pruebas cruciales sobre la importancia de las relaciones de apego y documentaron la operación de los sistemas conductuales de apego, miedo y exploración, sino que también hicieron evidentes importantes diferencias individuales en las respuestas de los pequeños a las separaciones en la situación extraña. Así, se distinguieron en un principio tres patrones de apego: “seguro”, “inseguro/evitativo” y “ambivalente/resistente”.

Los infantes con una conducta de apego seguro, antes de la primera separación de la madre, se caracterizaron por una exploración activa del sitio en el que estaban, y se entretuvieron con los juguetes que se encontraban en el lugar de observación. Hacia el final de la primera separación, cuando los infantes se quedaban solos con la persona extraña, mostraban algunos signos de extrañar a su madre, se dirigían a la puerta y trataban de buscarla. Cuando ésta regresaba, la recibían muy complacidos y, al cabo de muy poco tiempo, volvían a jugar. En la segunda separación, los infantes llamaban a su madre, mostraban su disgusto, algunos de ellos por medio del llanto, tanto durante ese episodio como en la anterior separación. En la segunda reunión, los infantes alzaban los brazos pidiendo a su madre que los cargara, y trataban de mantener la cercanía física con ella; hacia el final de este último episodio, podían volver a jugar. Observadas en el hogar, las madres de este grupo de niños se mostraron más sensibles a las necesidades del niño que las de los grupos siguientes.

Los infantes que mostraron un apego inseguro/evitativo manifestaron poco o ningún malestar durante la prueba de la situación extraña, ya que continuaban la exploración durante las separaciones de la madre y las reuniones con ella. En los momentos en los que la madre regresaba, la evitaban o ignoraban sus esfuerzos para llamar su atención a través de conductas tales como darse la vuelta, desviar la mirada, o rehusando con claridad toda cercanía a ella. Esta situación de evitación se asoció al rechazo de la madre a la conducta del infante en el hogar. Algunas de las madres se describieron a sí mismas como sintiendo disgusto por el contacto físico, y los registros de sus conductas mostraron también que se alejaban activamente de sus infantes cuando éstos les pedían o demandaban cercanía. Al igual que los niños abandonados por largo tiempo en hospitales y guarderías infantiles, estos pequeños parecen desactivar o reprimir la conducta de apego como respuesta a madres desapegadas.

Por último, los infantes que presentaron un apego de tipo ambivalente/resistente, se mostraron preocupados por la madre en la prueba de la situación extraña. Se observó también en ellos una mezcla de una abierta resistencia al contacto físico con la madre en los episodios de reunión, junto con la expresión de continuos signos de malestar o de estrés y de búsqueda de proximidad. También se evidenció una disminución de las conductas de exploración, miedo e inhabilidad para ser tranquilizados por sus madres. En los registros hechos en los hogares, se encontró que las madres de estos niños habían sido inconsistentes e impredecibles al responder a sus necesidades, del mismo modo que no solían favorecer la autonomía de sus bebés.

Posteriormente, Main & Salomon (1986), al revisar 200 videos de pequeños cuyas conductas eran difíciles de clasificar, encontraron que la gran mayoría de estos niños inclasificables tenían como característica central y común una desorganización o desorientación en su conducta, que se manifestaba con claridad en la presencia de su madre. Los niños de este grupo parecían estar más asustados por la presencia de la madre que por el ambiente poco familiar o desconocido. Main señaló que, en estos casos, el niño se encuentra colocado en una situación de paradoja irresoluble, en donde no puede aproximarse a la figura de apego debido a que la atención de ésta es cambiante o esquiva. La gran mayoría de los niños maltratados cayeron dentro de este grupo, por lo que se piensa que, en ciertas circunstancias en las que los padres están muy asustados, estos tienden a asustar a sus hijos, especialmente cuando presentan alguna tendencia a la disociación en su comportamiento. Este grupo de apego "desorganizado", se concibe como constituido por una segunda generación con experiencias traumáticas en la infancia.

De este modo, se concluye que las diferencias en las expectativas de comportamiento frente a las separaciones resultan de experiencias reales con las madres durante el primer año de vida.

Si bien la observación de la reacción de los niños a las separaciones de sus madres entregó información crucial sobre la importancia de las relaciones de apego, muy pronto se vio que, a medida que los niños crecían, la importancia de la proximidad disminuía. Con la mayor complejidad cognitiva que acompaña el crecimiento, cambian las capacidades del niño para mantener las relaciones de apego. Con la capacidad de anticiparse, de planificar y de negociar los planes en relación con la separación de sus padres, el niño

puede ajustar sus objetivos de una situación a la otra. La posibilidad de la comunicación a distancia, que es usada por los padres y sus hijos para mantener el contacto, sugiere que los sistemas de apego son flexibles y deben incluir algo más que la simple proximidad o contacto físico con el cuidador. De este modo, la meta de la proximidad física dio paso a la noción de "disponibilidad" y de "respondencia" por parte del cuidador. Considerando los efectos de las separaciones en los niños, Bowlby (1973) adelantó la noción de que la seguridad deriva de la evaluación que el niño hace acerca de la disponibilidad de una figura de apego. "Presencia" y "ausencia" son así términos relativos. Por presencia debe entenderse "pronta accesibilidad" y por ausencia "inaccesibilidad". Los términos "separación" y "pérdida" implican que la figura de apego es inaccesible, sea temporalmente, en el caso de las separaciones, o permanentemente en el caso de la pérdida. Se puede dar el caso de que el padre o la madre estén físicamente accesibles, pero emocionalmente ausentes. Por lo tanto, es necesario un segundo criterio: el niño necesita una madre o padre que sean no sólo accesibles, sino también respondientes. Este aspecto de la seguridad incorpora la calidad de las interacciones cotidianas en la formación de expectativas de apego en el niño, y no sólo el impacto de las separaciones mayores. Una madre sensible a las señales del niño, es aquella capaz de aumentar la confianza del infante en su disponibilidad y respondencia. En contraste, formas variadas de cuidado no respondiente o insensible pueden erosionar la confianza del infante o incluso llevar a crear en él expectativas de rechazo o de respuesta inconsistente. De este modo, el que un niño o un adulto se encuentre en un estado de seguridad, de ansiedad o de aflicción, está determinando en gran medida por la accesibilidad y respondencia de su figura de apego principal.

De la definición del cuidador como disponible, se desprenden tres proposiciones cruciales para el tema del origen de los trastornos emocionales:

1. Cuando un individuo, niño o adulto, confía en que una figura de apego estará disponible cuando la necesite, esa persona estará mucho menos expuesta a padecer miedos intensos o crónicos que la persona que no posee esa confianza.
2. La confianza en la disponibilidad del apego, o la falta de él, se forma lentamente a lo largo de la vida –infancia, niñez y adolescencia– y las expectativas en relación con lo que se puede esperar de las relaciones interpersonales, que se desarrollan durante esos años, tienden a persistir relativamente estables durante el resto de la vida.
3. Las diversas expectativas de accesibilidad y respondencia de figuras de apego, que desarrollan diferentes individuos durante sus años de inmadurez, son reflejo razonablemente preciso de las experiencias que esos individuos tuvieron realmente.

## **Amenazas a la disponibilidad de las figuras de apego**

---

Durante la niñez y la adolescencia, no es infrecuente que las personas enfrenten dificultades con los padres que debilitan la confianza en la disponibilidad de las figuras de

apego. Por ejemplo, separaciones en las que padre o madre se van de manera rabiosa o sin dar explicaciones pueden perturbar la habilidad del niño para planificar la reunión y lo deja en la incertidumbre acerca del paradero de sus padres.

El desarrollo de la comunicación verbal crea nuevas posibilidades para mantener una comunicación abierta, pero también para crear nuevas amenazas a la disponibilidad de las figuras de apego. Por ejemplo, aun sin alejarse físicamente, los padres pueden amenazar con irse o con deshacerse del niño. Tales conductas suelen ocurrir en el contexto de una acción disciplinaria cuando el padre o la madre se enojan y exasperan. Desde luego, la peor situación en este sentido se da cuando un padre amenaza con el suicidio o efectivamente lo comete. Sin llegar a ese extremo, todos hemos escuchado de la boca de alguna madre abrumada la frase "me vas a matar" o "no te quiero". Amenazas abiertas o veladas de este tipo, son interpretadas por el niño como amenazas de ser dejado, y agregan culpa al miedo y al abandono. El ser testigo de violencia entre los padres también socava la seguridad en la disponibilidad de las figuras de apego. Cuando lo que existe en la pareja es indiferencia, que a veces termina en divorcio o separación, ciertamente el niño pierde confianza en la futura disponibilidad afectiva de sus progenitores. Por esto tantos padres, en trance de separación, hacen esfuerzos especiales para comunicarse con sus hijos y asegurarles que separarse físicamente de ningún modo significará que no estarán disponibles.

## **Comunicación abierta y responsabilidad como factores protectores**

---

Por cierto, las amenazas a la disponibilidad afectiva de los padres no se comparan con rupturas efectivas de la relación de apego. En todo caso, divorcios, abandonos del hogar, enfermedades y ausencias, o conflictos serios entre padres e hijos adolescentes, sólo se convierten en amenazas de ruptura cuando el niño las percibe como poniendo en peligro la disponibilidad de una figura de apego. Hay dos aspectos de la disponibilidad, que son la comunicación abierta y las expectativas de responsabilidad, que protegen al niño del impacto de acontecimientos potencialmente disruptivos. Es claro que el efecto de acontecimientos potencialmente traumáticos depende de las expectativas del niño, esto es, del tipo de apego previo a la ocurrencia del evento. Así, los niños confiados en la responsabilidad de sus cuidadores buscan ser confortados y usan a sus padres como refugio seguro después de las separaciones. Los inseguros evitativos, que tienen razones para esperar rechazo de sus cuidadores, modifican su conducta de apego evitando el contacto, anticipándose así al conflicto o al rechazo después de una separación. Por su parte, los niños ambivalentes/resistentes, que tienen razones para no saber cuál será la respuesta de su madre, se muestran rabiosos o pasivos, lo que sirve para aumentar la proximidad con los cuidadores. De este modo, los distintos tipos de patrones de apego, parecen ser una respuesta adaptativa a la respuesta más probable de los padres a las necesidades afectivas de sus hijos.

En resumen, tres son los elementos en la vida de un niño que influyen en el riesgo de que se produzca un trastorno emocional en la adultez:



1. Rupturas efectivas de la relación de apego infantil (abuso, separaciones prolongadas, conflicto familiar crónico, separación marital y pérdida).
2. La naturaleza de la comunicación en el seno de la relación de apego.
3. Las estrategias de apego que el niño ha desarrollado para enfrentar las respuestas parentales.

Estos elementos son sinérgicos. El riesgo de psicopatología es más alto cuando múltiples factores coinciden en aumentar la ansiedad del niño en relación con la disponibilidad afectiva de sus padres. La ansiedad y los procesos defensivos acompañantes que están asociados a amenazas de la disponibilidad aumentan el riesgo de que el miedo, la rabia y la tristeza relacionada con el sistema de apego se exprese en formas sintomáticas. En este marco conceptual, tanto en la niñez como en la edad adulta, un apego seguro puede considerarse como un factor protector; inversamente, el apego inseguro constituye un factor de riesgo de psicopatología.

## **Del apego infantil al apego en las relaciones adultas**

---

Bowlby (1980) afirmó que el sistema de apego continúa operando durante todo el ciclo vital y que, la manera como la conducta de apego de un individuo llega a organizarse dentro de su personalidad, condiciona el patrón de los vínculos afectivos que desarrolla durante su vida. La existencia de relaciones de apego similares a las infantiles han sido descritas en especial en las relaciones de pareja románticas y sexuales prolongadas (Hazan, C., & Shaver, Pr., 1994; Bartholomew, K., Kwong, Mj., & Hart, Sd., 2001). Si bien es claro que no todas las relaciones afectivas adultas pueden caracterizarse como relaciones de apego, hay un sinnúmero de relaciones adultas que sí cumplen con los requisitos propios de éstas, esto es, un deseo de proximidad con una persona significativa, en especial bajo condiciones de estrés, un sentido de seguridad que surge del contacto con la figura de apego y la aparición de malestar y protesta frente a una amenaza de pérdida o separación de la figura de apego. Al comparar las relaciones de apego adultas con las infantiles, surge, eso sí, una diferencia notable y es que las primeras –de regla– son recíprocas, esto es que, en una pareja, cada uno hace de figura de apego del otro.

Con todo, la determinación de los patrones de apego adulto por las experiencias tempranas no debe entenderse de manera demasiado estricta. Más bien, los patrones de apego se conciben mejor como reflejos de patrones complejos de interacción social, de regulación emocional y de estilos de procesamiento cognitivo que emergen a través del desarrollo y que tienden a auto perpetuarse a lo largo de la vida adulta. Así, las experiencias de apego tempranas no determinan directamente la organización de la personalidad. Más bien, ellas encaminan al pequeño o pequeña en alguno, de entre un conjunto, de posibles derroteros de desarrollo. Algunos de estos derroteros reflejan un desarrollo saludable y otros se desvían en varias direcciones hacia resultados menos sanos. En cada punto de su evolución, el derrotero individual está determinado por la interacción entre

el individuo (y su habilidad para responder flexiblemente al estrés y a los desafíos) y el medio ambiente. En cualquier punto del desarrollo, experiencias más o menos favorables pueden desviar la dirección hacia caminos más saludables o alejarla de ellos. Esto no deja de ser importante, pues fundamenta la posibilidad de intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial en patologías de la personalidad.

## **Diferencias individuales en las estrategias de apego adultas**

---

Los estudios de Main y cols. (1986) mostraron diferencias en los patrones de apego del adulto, en todo similares a las diferencias observadas en los niños. Estos autores desarrollaron una entrevista semiestructurada conocida como la "Entrevista de Apego del Adulto" (en inglés, *AAI*) en la cual se le pide al sujeto que describa las relaciones de apego infantiles, así como sus experiencias de pérdida, rechazo y separación. A través del análisis de las transcripciones, Main descubrió patrones de representación análogos a los patrones infantiles en la situación extraña. Lo interesante es que estos patrones no se manifestaban en las descripciones de los eventos de sus vidas, sino en la manera como tales eventos eran recordados u organizados. Más aún, Main descubrió que los adultos que habían tenido experiencias especialmente difíciles en la niñez no necesariamente eran inseguros; lo que los distinguía era más bien la calidad de las representaciones de apego.

Originalmente, Main y cols. describieron tres patrones de apego del adulto: "autónomo", "rechazador" (*dismissing*) y "preocupado". Los adultos autónomos, como los niños seguros (que comunican clara y coherentemente su malestar y sus necesidades), tienen un acceso inmediato y coherente a un rango de sentimientos positivos y negativos, en relación con sus experiencias tempranas de apego; y las representaciones de ellas son coherentes y flexibles. En contraste, los adultos inseguros describen tales experiencias de manera incoherente y contradictoria. Los adultos rechazadores idealizan las experiencias tempranas y describen los eventos dolorosos de manera desapegada y a menudo contradictoria, mientras que los adultos preocupados parecen verse sobrepasados e inundados por el afecto que se asocia con las experiencias tempranas de apego. Los adultos rechazadores, como los niños evitativos, minimizan o sobre regulan los afectos que pueden perturbar su funcionamiento; mientras que los adultos preocupados, como los niños resistentes, son incapaces de contener y de regular recuerdos y afectos asociados con el apego temprano. Posteriormente, Main sugirió que aquellos sujetos, cuyas entrevistas revelaban desorganización y otros índices de pensamiento desordenado en la discusión sobre duelos o traumas tempranos, podían ser clasificados como "no resueltos/desorganizados con respecto al duelo y al trauma". Tales sujetos manifiestan los efectos del trauma en desorientación y confusión cognitiva y afectiva, disociación, lapsos de conciencia, etc. Recientemente se ha descrito una quinta categoría, "no clasificable". Esta categoría se usa cuando no predomina ningún estado mental en relación con el apego. Típicamente, estos sujetos fluctúan entre estados rechazadores y preocupados de la mente, lo que parece representar un fracaso en la posibilidad global de fijar una estrategia de apego determinada (Main, M., 1986).

Main y su equipo (1995) encontraron que los padres que eran autónomos en sus representaciones de apego tenían hijos que eran seguros en la situación extraña. Aquellos que eran rechazadores tenían hijos evitativos, y los preocupados, hijos resistentes. Padres no resueltos/desorganizados, en relación con la pérdida y el trauma, tenían hijos con apego desorganizado. Estas covariaciones eran especialmente fuertes en relación con las madres.

## **Monitoreo meta cognitivo, función reflexiva y regulación afectiva**

---

Las descripciones de Main y su equipo de las categorías de apego adulto cambiaron el curso de la investigación en apego. Al mismo tiempo, revolucionaron el entendimiento de los procesos representacionales, permitiendo el desarrollo de conceptos tales como coherencia narrativa, monitoreo meta cognitivo y función reflexiva. Estos desarrollos se han mostrado muy fructíferos en la clínica (Slade, A., 1999).

La capacidad de representar experiencias pasadas de manera coherente y colaborativa es el aspecto más significativo de seguridad en el adulto y el más predictivo de seguridad infantil. Una entrevista coherente aparece al entrevistador como creíble y “verdadera”. En una entrevista coherente, los eventos y los afectos, correspondientes a las experiencias tempranas, son comunicados sin distorsión ni contradicción. El sujeto colabora con el entrevistador, clarificando los significados y asegurándose de que fue bien entendido. Piensa con el otro y comunica sus reflexiones mientras la entrevista procede. Hay frescura en el relato y el dolor o malestar es manejado reflexivamente y con humor. Main vio este aspecto del proceso narrativo como expresión de lo que llamó “monitoreo metacognitivo”, es decir, la capacidad del adulto de volverse atrás y considerar sus propios procesos cognitivos como objeto de pensamiento y reflexión. A medida que relata, el sujeto está construyendo y reevaluando su propia historia. Las descripciones son entregadas en primera persona, en narrativas sucintas, creíbles y claras, aun cuando se trate de experiencias y recuerdos traumáticos. Esta coherencia narrativa sugiere que el adulto ha formado un modelo de trabajo interno unificado y consistente, capaz de integrar los recuerdos y las experiencias pasadas. Al contrario, cuando el reconocimiento de sentimientos contradictorios o de recuerdos se percibe como amenazante para el sí mismo o para las relaciones actuales, se forman modelos múltiples de apego. La distorsión y la incoherencia son, de este modo, las manifestaciones lingüísticas de modelos internos contradictorios y múltiples, lo que clínicamente se conoce como escisión o *splitting*.

Por su parte, Peter Fonagy y su grupo (2001) han planteado que la coherencia y otras manifestaciones de monitoreo metacognitivo son expresión de la capacidad de reflexionar sobre las experiencias afectivas internas de un modo complejo y dinámico. La función reflexiva se refiere a los procesos psicológicos que subyacen a la capacidad de mentalizar. A su vez, mentalizar se refiere a la capacidad de percibir y entenderse a uno mismo y entender la conducta de los otros en términos de estados mentales. La función

reflexiva permite “ leer” la mente de los otros en los términos de la propia y hace posible el desarrollo de representaciones complejas del sí mismo y de las relaciones íntimas. Sobre todo, protege en contra de los efectos devastadores del abuso y del trauma (Fonagy,P.,2001).

La capacidad de la madre de entender los estados mentales de su hijo y su disposición a contemplarlos como coherentes, son el contexto en el que se desarrolla una relación de apego seguro. La madre que es capaz de reflexionar sobre sí misma y sobre la experiencia interna de su hijo, forma una representación de su hijo como intencional, esto es, como mentalizando, deseando, creyendo. El imago del pequeño intencional es, a su vez, internalizado por éste, lo que constituye el núcleo de su sí mismo mentalizante.

Un aspecto vital de la seguridad es la habilidad para regular los afectos y para experimentar un completo rango de emociones, desde el malestar hasta el placer. La capacidad reflexiva se acompaña de la capacidad de regular y contener estados mentales. Hay evidencias de que en niños con apego desorganizado se encuentran niveles significativamente altos de cortisol en la saliva durante la situación extraña. Como se sabe, el cortisol es una hormona asociada al estrés, cuyo exceso es tóxico y puede causar daño irreversible en el hipotálamo. En modelos animales se ha probado que niveles altos de cortisol circulante destruyen materia cerebral, lo que se expresa posteriormente en conductas de respuesta irregular a estresores, con hipo o hiper reactividad. Se ha planteado que la regulación emocional establecida en la niñez determina los procesos de condicionamiento al miedo en la amígdala y en las conexiones entre la corteza prefrontal y el sistema límbico. Estos hallazgos abren un insospechado campo de investigación psicofisiológica en patologías de la personalidad (Fonagy,P.,2001).

## **Implicaciones del apego para la patología de personalidad del adulto**

---

Enfocar los trastornos de personalidad desde la perspectiva del apego significa poner la atención en los contextos interpersonales, en los cuales, el trastorno de personalidad se desarrolla y autoperpetúa. Es bien sabido que un patrón de estilo interpersonal mal adaptado es, precisamente, uno de los aspectos centrales de la patología de personalidad. Sin embargo, el grado de dificultades interpersonales y, en particular, de dificultades en las relaciones íntimas, varía considerablemente de caso en caso y de patología en patología. Hay dos maneras como un apego extremadamente inseguro puede asociarse con patología de la personalidad. Primero, un apego inseguro indica una respuesta relativamente fija al estrés y a los desafíos interpersonales, respuesta que generalmente no ayuda a moderar la ansiedad ni contribuye al desarrollo de buenas relaciones. Tales estilos rígidos tienden a auto perpetuarse. Por ejemplo, la estrategia de evitar el rechazo evitando el contacto o no expresando las necesidades de apego en las relaciones, previene la posibilidad de establecer relaciones más seguras y, con ello, el desarrollo de más confianza en los otros y, por ende, en uno mismo. En contraste, el apego seguro se

asocia con flexibilidad en la respuesta al estrés. En especial, la inconsistencia de las estrategias de apego inseguro (que indica modelos internos contradictorios, falta de organización o incluso quiebre en el funcionamiento de las estrategias de apego), suele asociarse con perfiles de personalidad especialmente problemáticos.

Es importante no olvidar que la teoría del apego no es una teoría de los trastornos de personalidad, sino que su interés está puesto en los mecanismos psicológicos que subyacen a la regulación de los afectos en las relaciones interpersonales íntimas. Si bien éste suele ser un aspecto importante en la patología de la personalidad, hay otros aspectos claves, como la impulsividad, las perturbaciones cognitivas y perceptivas o incluso los problemas de relación con extraños y conocidos, que caen fuera del ámbito del apego. De este modo, los problemas de apego serán más relevantes en algunas formas de trastornos de personalidad o para algunos aspectos de su sintomatología. Más aún, desde la perspectiva del desarrollo personal, no hay que esperar demasiada especificidad en los vínculos entre formas de apego inseguro y formas de patología de la personalidad. En efecto, aun cuando la gran mayoría de los individuos diagnosticados con trastornos de personalidad muestren apegos inseguros, muchas personas con problemas de apego no alcanzan a cumplir con los criterios diagnósticos para tales trastornos. Como dijimos más arriba, el apego inseguro hay que entenderlo más bien como un factor de riesgo general de patología en el adulto y, como tal, se asocia con una gama de perturbaciones que van desde depresión, angustia, hostilidad y enfermedad psicósomática, hasta una menor capacidad de resiliencia (Fonagy, P., 2001).

Blatt y cols. (1996) han propuesto un modelo general para entender la relación entre estilo de apego y psicopatología en el adulto. Ellos plantean una dialéctica entre dos tendencias del desarrollo, que define las representaciones evolutivas de las relaciones entre el sí mismo y los otros. Esta es la dialéctica entre la necesidad de relacionarse y la necesidad de conservar una identidad autónoma. Estas necesidades del desarrollo se entienden como interacción sinérgica a lo largo de la ontogenia y una falta de equilibrio se expresa como psicopatología. De este modo, la "patología anaclítica" (una exagerada necesidad de relacionarse que conduce a preocupación y confusión con el otro) está presente en trastornos de personalidad dependiente, histriónico y fronteriza. La "patología introyectiva" (una búsqueda exagerada de identidad, esto es, patología rechazante o evitativa) caracterizaría los individuos esquizoides, esquizotípicos, narcisistas, antisociales y evitativos.

Para ilustrar la relación más bien laxa entre patrones de apego y patología de la personalidad, revisemos algunos desórdenes específicos. Es evidente que rasgos claves de la personalidad histriónica calzan, en gran medida, con las características del apego inseguro preocupado. La emocionalidad excesiva, la necesidad desesperada de reaseguro y de llamar la atención, indican una alta ansiedad de apego, mientras que el despliegue emocional exagerado y la búsqueda activa de aprobación son muestra de una estrategia orientada a conseguir satisfacer las necesidades de apego. Del mismo modo, el estilo impresionístico del discurso histriónico es consistente con la tendencia del preocupado a idealizar a la pareja de apego. Sin embargo, otros importantes rasgos histriónicos no tienen que ver con las características del apego preocupado. La impulsividad y la búsqueda de sensaciones, por ejemplo, no son necesariamente características de los adul-

tos preocupados. Más aún, en pacientes típicamente histriónicos, lo que más bien se observa es una mezcla de patrones preocupados con otros rechazadores. La tendencia a tratar a los demás como objetos, y a yugular sentimientos amenazantes de vulnerabilidad, devaluando a los otros, con una tendencia a una sexualidad promiscua que, precisamente, excluye la posibilidad de intimidad emocional, son más bien características de un patrón de apego rechazador.

Algo semejante sucede al comparar la personalidad evitativa y ciertas formas de patrón de apego rechazador (*dismissing*). Personas temerosas que desean relaciones cercanas, pero que tienen miedo al rechazo o a la desaprobación, desarrollan estrategias de evitación de las relaciones. Sin embargo, hay diferencias claras en los criterios diagnósticos: El temor relativo al apego en el preocupado se refiere al funcionamiento de las relaciones cercanas, mientras que el evitativo se focaliza en la timidez en contextos sociales. Así, un individuo puede ser extraordinariamente tímido socialmente, pero tener la capacidad para formar relaciones cercanas íntimas y seguras. Tal persona puede calificar como evitativa, pero no tendrá el mismo nivel de impedimento que un individuo con intensos miedos a la intimidad. Al revés, existen individuos que se sienten relativamente cómodos en situaciones sociales superficiales, pero extraordinariamente atemorizados por eventuales rechazos en relaciones cercanas (por ejemplo, ciertas personalidades narcisistas).

Los trastornos fronterizos (borderline) de personalidad son un grupo bastante heterogéneo pero, en general, tanto las muestras clínicas como las no clínicas, parecen expresar un grado patológico de apego ansioso. La respuesta conductual a tal ansiedad varía en los distintos subgrupos. Con todo, muchos rasgos fronterizos, como intensa rabia, conducta suicida o auto mutiladora, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, indican una estrategia de apego predominantemente preocupada. En algunos casos, esta preocupación se combina con evitación cuando las relaciones se estrechan, conduciendo a una oscilación de estrategias o a una falta de organización de ellas. Junto con esto, la inestabilidad de la auto imagen, de las relaciones y del afecto, propia de estos pacientes, refleja una falta de coherencia de los modelos internos de sí mismo y de los otros. Tal incoherencia puede ser característica de una extrema inseguridad en el apego y también puede reflejar una desorganización que conduce a una incapacidad para regular afectos negativos. En general, las evidencias ligan la desorganización de los patrones de apego con trastornos severos de personalidad, en especial, la personalidad antisocial. La desorganización del apego se relaciona con estados no resueltos respecto del trauma, extremadamente preocupados, o con la categoría no clasificable. Esta categoría es común en muestras de individuos que han sido severamente maltratados o abusados sexualmente en la infancia y aquellos con convicciones y conductas criminales. También es común en personas que ejercen violencia en las relaciones íntimas. Más aún, madres que refieren un alto grado de violencia en su pareja tienden a tener hijos con apego desorganizado (Fonagy, P., 2001).

De todo esto, queda claro que el estilo de apego es una dimensión importante del diagnóstico de una personalidad, pero que no da cuenta de todos los rasgos que hacen un trastorno determinado. Es una dimensión dinámica que subyace a los rasgos y síntomas descriptivos propios de las clasificaciones diagnósticas categoriales como los DSM o los CIE. Con todo, la aplicación más promisoría parece estar en las consecuencias para el tratamiento psicoterapéutico de los desórdenes de personalidad.

## Algunas consecuencias para la psicoterapia de los trastornos de personalidad

---

No es sorprendente que los adultos rechazadores (*dismissing*) se muestren relativamente resistentes al tratamiento y durante el curso de una psicoterapia. Al negar sus necesidades de ayuda se protegen de un cuidador eventualmente no disponible. Al contrario, los adultos predominantemente preocupados tienen una incapacidad general de colaborar con el terapeuta y de dejarse impactar por las palabras y el apoyo que éste les brinda. A pesar de lo anterior, rápidamente se hacen dependientes de él y lo abruman con exigencias. Suele necesitarse mucho tiempo para que los individuos evitativos reconozcan sus sentimientos de pérdida, rechazo y necesidad, y tales reconocimientos suelen seguirse de períodos de desmentida (Slade, A., 1999). Tales individuos no responden bien a terapias psicodinámicas breves y la indicación más adecuada es la terapia dinámica de larga duración, la terapia cognitiva y la farmacoterapia. Con todo, los individuos evitativos muestran mejores resultados terapéuticos que los preocupados. Es más fácil lidiar con estrategias evitativas de minimización que tratar de reestructurar un mundo de representaciones protector en un individuo preocupado. El paciente excesivamente preocupado fácilmente exaspera al terapeuta con su extremada dependencia y necesidad demandante de una ayuda que no puede recibir (Fonagy, P., 2001).

Nuevamente es importante tener presente que, así como la teoría del apego no es un marco conceptual que pueda organizar completamente la comprensión de los trastornos de personalidad, tampoco constituye una orientación terapéutica independiente. Más bien, la teoría del apego puede servir para definir focos de intervención (por ejemplo, conflictos interpersonales como motivos manifiestos o latentes de consulta); y para entender y manejar terapéuticamente las respuestas de los pacientes a intervenciones terapéuticas dirigidas a otros problemas. Por cierto, la teoría del apego será más útil para orientaciones que tienen como objetivo central el trabajo con relaciones interpersonales cercanas, como la terapia familiar sistémica, las terapias psicoanalíticas e interpersonales, pero también puede servir de orientación a cualquier terapia de un individuo en quien los conflictos de apego han llegado a ser problemáticos.

Bartolomew y cols. (2001) proponen tres niveles en los que la consideración de los estilos de apego puede ser útil en una psicoterapia de un individuo con patología de la personalidad.

El primer nivel es el de la evaluación diagnóstica. Para emprender una psicoterapia no basta un diagnóstico descriptivo (tipo DSM o CIE). Es necesario un diagnóstico personalizado, que relacione el motivo de consulta, sea éste un síntoma circunscrito o un malestar vago por cierta "manera de ser", con los mecanismos que se supone subyacen a él. Desde un punto de vista psicoanalítico, el diagnóstico del estilo de apego forma parte del diagnóstico dinámico. Evaluar el estilo personal de apego ayuda al terapeuta a apreciar de manera más precisa el funcionamiento del paciente en las relaciones personales cercanas, en particular, en su familia de origen, con su pareja romántica y con sus amigos, y permite hacer predicciones sobre el curso de una eventual relación psicoterapéutica. Dinámicamente, el apego debe entenderse más como un proceso que como un rasgo. Para modificar un comportamiento es necesario conocer su dinámica, es decir, los mo-

dos de interacción con los otros y con sí mismo. Como lo planteamos más arriba, no existe una correspondencia exacta entre categorías de trastorno de personalidad y estilos de apego; por eso, para planificar un tratamiento psicoterapéutico es necesario un diagnóstico personalizado en cada caso particular.

El segundo nivel es el del establecimiento y mantención de la alianza terapéutica. La investigación empírica en proceso y los resultados en psicoterapia han asignado un valor creciente a la alianza terapéutica como factor curativo (Jiménez, J.P., 2000). Aquí, la teoría del apego puede servir de guía para predecir cómo el paciente responderá a las intervenciones del terapeuta. De acuerdo con esto, el objetivo es establecer una relación que el paciente perciba como una "base segura", en la expresión de Bowlby, a partir de la cual pueda explorar su mundo interno y las dinámicas de sus relaciones interpersonales. Teniendo presente estilos predominantemente preocupados o evitativos, el terapeuta podrá regular la distancia emocional en la relación con su paciente, maximizando su disponibilidad y, respectivamente, evitando, por un lado, una lejanía emocional que un sujeto preocupado no pueda tolerar y, por el otro, una cercanía que tienda a abrumar al individuo evitativo.

El tercer nivel es el del trabajo terapéutico propiamente tal. En este nivel, la teoría del apego es especialmente relevante en pacientes cuyo objetivo terapéutico gira en torno a dificultades interpersonales en las relaciones cercanas. Dependiendo del tipo de tratamiento, el trabajo terapéutico podrá centrarse en la comprensión y eventual modificación de patrones de apego no adaptativos en la vida cotidiana, sin considerar la relación transferencial. Cuando, en cambio, esté indicada una terapia psicoanalítica o un psicoanálisis propiamente tal, el terapeuta centrará su atención en la comprensión e interpretación de las conductas de apego en la relación transferencial. Aquí, la teoría del apego muestra todo su valor al facilitar un tipo de escucha contratransferencial, en la que el terapeuta estará permanentemente evaluando su propia respuesta emocional a las conductas del paciente (Slade, A., 1999). Así por ejemplo, con un paciente predominantemente evitativo, el terapeuta sentirá una permanente presión a alejarse emocionalmente; un paciente inseguro preocupado, en cambio, presionará al terapeuta del tal manera, que éste se sentirá rápidamente exigido, hasta el punto de tener la sensación de que, no importando lo que haga o diga, el paciente terminará sintiéndose abandonado y no ayudado. A partir de esta escucha contratransferencial, el terapeuta podrá intervenir de modo de ir estableciendo una "base segura".

Para terminar, es necesario enfatizar, una vez más, que la comprensión de las defensas, regulación afectiva, motivación y dinámica de las relaciones, en términos de la teoría del apego, no reemplaza otras formas de entender los procesos evolutivos y relacionales. Los procesos de apego constituyen sólo un aspecto, sin duda importante, del funcionamiento humano y, por lo tanto, el estilo de apego no definen a un individuo en toda su complejidad.

Desde el punto de vista de la teoría del apego, así como también desde una perspectiva psicoanalítica más general, es improbable que las terapias breves tengan por efecto la reelaboración y el cambio de los modelos representacionales de apego, algo especialmente importante de considerar en las terapias de los trastornos de personalidad. Los patrones de apego que se han formado a lo largo de toda una vida necesitan de un laborioso y largo trabajo en torno al "quiebre" y "reestructuración" de esquemas relacionales en el seno de la relación terapéutica.



## Capítulo 15

### ENFOQUES TEÓRICOS EN TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

---

■◆ *Alejandro Gómez Chamorro / Carolina Ibáñez Hantke*

Los pacientes con trastornos de personalidad (TP) constituyen uno de los problemas más desafiantes de la clínica. A diferencia de los cuadros de estado, forman parte del modo de ser y afectan de modo duradero la conducta interpersonal y la visión que las personas tienen de sí mismas. Tienden a ser refractarios a las estrategias terapéuticas habituales y sus tasas de respuesta son notoriamente inferiores a las que se observan en las patologías del Eje I. No siempre son aparentes al comienzo del tratamiento y la sospecha aparece al estancarse el tratamiento, o cuando la relación terapéutica se ve perturbada por problemas tales como ausencia de colaboración, excesiva dependencia, problemas “transferenciales”, u otros.

La terapia cognitivo-conductual se desarrolló en la década de los '70 en torno a los trastornos depresivos. Al poco tiempo, se diseñaron diversas aplicaciones para los trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y adicciones, entre otras. En la década de los 90 aparecen modelos para el tratamiento de los trastornos de personalidad. En este capítulo, se expondrán los aportes de Aaron Beck (2000) y sus colaboradores así como de Young (1990) y otros autores a la teoría cognitiva de los TP. Posteriormente se introducirá la Terapia Conductual Dialéctica de Linehan (1993), la cual formula una hipótesis del desarrollo de la personalidad limítrofe y una estrategia terapéutica.

### **Teoría de los esquemas cognitivos**

---

La terapia cognitiva de Beck y cols. de los trastornos de la personalidad se basa en el modelo cognitivo, que propone que las emociones y conductas (normales y patológicas) están influidas por la percepción, interpretación y construcción de las situaciones (una

exposición más completa del modelo puede encontrarse en: Psicoterapia cognitivo-conductual, (Gómez,A.,2000). Tres son los componentes principales del modelo: pensamientos automáticos, distorsiones o sesgos cognitivos y esquemas cognitivos. Los esquemas cognitivos constituyen el núcleo del modelo.

El concepto de "esquema cognitivo" fue formulado primeramente por Head (1920) y utilizado por Bartlett (1932) en sus investigaciones sobre la memoria. Bartlett observó que la memoria de las personas distaba de ser precisa, y que de los errores mnémicos podía inferirse la existencia de estructuras cognitivas abstractas que denominó "esquemas": "el recuerdo es, literalmente, un efecto de la capacidad del organismo para volverse hacia sus propios "esquemas", y es una función directa de la conciencia". De este modo, la memoria involucraba un proceso constructivo en el cual se creaba algo nuevo en cada acción de recordar. En Bartlett, los esquemas referían a una "organización activa" de "reacciones y experiencias pasadas" que permitía que sucesivas situaciones fueran percibidas como similares o diferentes. Posteriormente, Piaget (1970) estableció la importancia de la generación de esquemas en el desarrollo cognitivo del niño.

En la Terapia Cognitiva, la noción de esquema cognitivo ocupa un lugar central. Para Segal (1996), los esquemas constituyen "elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo relativamente cohesivo y persistente de conocimiento, capaz de orientar las percepciones y evaluaciones". En la práctica, los esquemas operan como reglas para la organización de la información, la evaluación de las experiencias y la selección de respuestas conductuales. Se puede sostener que la capacidad para generar configuraciones de significado, a partir de hechos crudos, reside en la existencia de tales estructuras. Los esquemas son estructuras perdurables, residen en la memoria de largo plazo y reflejan abstracciones acerca del sí mismo o de la identidad personal. Se almacenan como creencias, supuestos, proposiciones, premisas o juicios, incluyendo fragmentos de vida, e involucran reglas para la autoevaluación. También facilitan la recuperación de información mnémica compatible con ellos. Siendo unidades fundamentales de la personalidad, los esquemas subyacen a otros procesos cognitivos, afectivos y motivacionales. También codifican programas de reacción o estrategias conductuales. Como tales, los rasgos de personalidad son expresión abierta de los esquemas.

El funcionamiento de los esquemas siempre implica algún grado de distorsión de la experiencia. Como su finalidad es organizar los componentes específicos de la situación, su operación requiere la inferencia de elementos que son necesarios para hacer completa y coherente su representación (Greeno,JG.,1980). Este fenómeno es importante en la clínica y es conocido como "efecto halo". Mediante procesos de asimilación (la incorporación de información es congruente con el esquema) y de acomodación (la información no es congruente con el esquema por lo que éste debe modificarse) se mantiene la continuidad en la comprensión y organización de la experiencia.

Dado que el procesamiento de información involucra procesos de feedforward, los esquemas permiten asignar, de modo anticipatorio, significados a situaciones aún no experimentadas.

## Esquemas cognitivos y trastornos de la personalidad

---

Los esquemas en pacientes con trastornos de personalidad son excesivamente amplios, rígidos y prominentes, y se activan en situaciones muy diversas, incluso inapropiadas. Esto lleva a interpretaciones sesgadas, respuestas emocionales excesivas y conductas desadaptativas. Al estar continuamente reforzados por factores conductuales, afectivos y cognitivos, son resistentes a la modificación. Por otra parte, las experiencias negativas operan como profecías autocumplidas, por lo que frecuentemente los rigidizan.

La activación intensa de determinados esquemas puede desplazar o inactivar otros esquemas alternativos (potencialmente más adaptativos). En algunas situaciones, puede producirse la activación simultánea o sucesiva de esquemas antagónicos, lo que se observa en las oscilaciones afectivas, cognitivas y conductuales de pacientes con trastornos de personalidad severos.

Los esquemas confieren una vulnerabilidad cognitiva específica para ciertas experiencias. Por ejemplo, el hecho de percibir escaso interés de otra persona puede ser específicamente activante para esquemas de merecimiento (concepto de especificidad cognitiva).

El ámbito de referencia de los esquemas es múltiple y puede abarcar aspectos diversos, tanto personales, familiares como culturales.

De acuerdo a su estado funcional, los esquemas pueden encontrarse inactivos o hipervalentes. Respecto a su rigidez, pueden ser relativamente modificables o impermeables. También varían en amplitud (reducidos, amplios o discretos), densidad (preeminencia relativa en la organización cognitiva) y umbral de activación.

## Contenido esquemático y procesos esquemáticos

---

Básicamente, los esquemas incorporan creencias y estrategias conductuales. Las primeras se organizan en diferentes niveles de complejidad. J. Beck (1995) distingue creencias nucleares y creencias intermedias. Las creencias nucleares son incondicionales y absolutas ("soy incompetente"), habitualmente operan de modo tácito y constituyen parte de la "verdad personal del sujeto". Las creencias intermedias incluyen supuestos o creencias condicionales ("si no me comporto de modo adecuado no me aceptarán"), actitudes ("las personas son básicamente deshonestas"), y reglas ("debo siempre controlar mis emociones").

Jeffrey Young (1990) ha descrito tres procesos esquemáticos característicos: procesos de mantención, de evitación y de compensación. Los procesos de mantención de esquemas se refieren a su reforzamiento por la operación de distorsiones cognitivas (por ejemplo, magnificación, minimización, abstracción selectiva, sobregeneralización, inferencia arbitraria, dicotomización) y patrones conductuales desadaptativos. La persona exagera o ge-

neraliza información confirmatoria del esquema y niega, descarta o minimiza la que lo contradice. A nivel conductual, se comporta de modo consistente con el esquema (por ejemplo, una persona con esquemas de subyugación tenderá a escoger parejas dominantes). Ambos procesos mantienen intacto el esquema y paulatinamente lo refuerzan.

Habitualmente, la activación de esquemas desadaptativos despierta intensos afectos negativos. Por este motivo, los pacientes desarrollan estrategias de evitación. Pueden observarse procesos de evitación cognitiva, afectiva y conductual. En el primer caso se interrumpen, voluntaria o automáticamente, pensamientos o imágenes provocadoras. La evitación de afectos se manifiesta en empeños por desperfilarlos o hacerlos borrosos; su consecuencia es experimentar emociones más difusas y crónicas. Por último, muchos pacientes evitan circunstancias o situaciones potencialmente activantes (evitación conductual). Ejemplo de ello es la declinación de oportunidades ocupacionales o académicas en pacientes con esquemas de incompetencia.

Los procesos de compensación (o estrategias compensatorias) se refieren a la adopción de estilos conductuales o cognitivos ("creencias compensatorias") que sobrecompensan los esquemas, con un efecto por lo general excesivo y contraproducente. Al persistir la vulnerabilidad propia del esquema, el eventual fracaso de esta estrategia puede manifestarse a través de la irrupción de intenso afecto negativo. En algunos pacientes se observa una oscilación entre conductas (y afectos) derivados del esquema y otros secundarios a sobrecompensación (por ejemplo, conducta subyugada/resistencia a la influencia externa) (cfr. Tabla N° 1)

TABLA N° 1 • Ejemplo de Procesos Esquemáticos

Esquema (Creencia Nuclear)	"No soy querible"
• Procesos de Mantenición	Buscar relaciones no gratificantes
• Procesos de Evitación	Evitar situaciones de rechazo potencial
• Mantenición	Mostrarse autosuficiente

Las creencias refieren tanto al sí mismo como a los otros, definiendo la cualidad de las relaciones interpersonales posibles con ellos. El considerarse a sí mismo una persona defectuosa, puede acompañarse de una estimación de los demás como personas mucho más atractivas, por lo que una relación significativa sólo podría sostenerse gracias a un permanente esfuerzo y/o subyugación.

Los esquemas pueden incorporar, además de información verbal, imágenes visuales (por ejemplo, "escenas nucleares") o incluso vagas sensaciones propioceptivas o cenestésicas ("la nube"). Es posible que la etapa de desarrollo cognitivo en que se originaron determine la modalidad predominante en la que se encuentra almacenada la información (verbal o no verbal) (Layden, M., Newman, C., Freeman, A., Byers-Morse, S., 1993).

En los trastornos de personalidad, a diferencia de los que ocurre en cuadros de estado (por ejemplo, depresión, pánico), los esquemas se encuentran continuamente accesibles y operativos, activándose ante situaciones específicas (por ejemplo, el esquema de desvalimiento se activa cuando no se dispone fácilmente de ayuda). Al experimentar trastornos de ansiedad o depresión, los esquemas de base pueden hacerse más influyentes, debido a la pérdida temporal de la capacidad de verificar la validez de las propias interpretaciones. Como resultado de esto, los esquemas invaden el concepto de sí mismo, comandando los sentimientos y la conducta.

## **Estrategias interpersonales y trastornos de la personalidad**

---

Los rasgos de personalidad representan estrategias interpersonales básicas, desarrolladas a partir de la interacción entre disposiciones innatas e influencias ambientales. Beck ha propuesto que tales estrategias pueden haber tenido valor adaptativo en algún momento del desarrollo filogenético. Sin embargo, la persistencia exagerada de rasgos como agresividad, evitación o dependencia puede ser desventajosa en la vida contemporánea. Un factor incidente en el desarrollo de los TP sería una inadecuación entre estrategias predominantemente primitivas y exigencias sociales (Beck, A., 2000).

Cognitivamente, los rasgos de personalidad son función de conglomerados diversos de esquemas. Así, un rasgo determinado (como dependencia o autonomía) puede ser expresión de diversas configuraciones esquemáticas.

En individuos con trastornos de personalidad pueden observarse patrones de comportamiento excesivamente desarrollados o hipertrofiados, junto a otros que están infradesarrollados. Por ejemplo, en pacientes narcisistas se encuentran hipertrofiadas la autoexaltación y la competitividad versus el compartir y la identificación con el grupo; en pacientes esquizoides, la autonomía y el aislamiento versus intimidad y reciprocidad. Este desbalance se manifiesta como un restringido repertorio conductual.

## **Origen de los esquemas desadaptativos**

---

En el desarrollo de los esquemas desadaptativos participan tanto factores innatos como experiencias del desarrollo. Estas pueden corresponder tanto a situaciones evidentes y traumáticas (como el abuso físico o sexual) como a otras más sutiles y persistentes (como estilos inadecuados de crianza). La interacción entre naturaleza y ambiente es evidente en el hecho que no todos los niños expuestos a experiencias similares desarrollarán TP. En casos desfavorables, el procesamiento de las experiencias puede dar origen a creencias negativas acerca del sí mismo ("soy desagradable") y del mundo ("no están disponibles para mí"). En ausencia de otras influencias neutralizadoras, sucesos posteriores pueden ser incorporados como confirmación de tales creencias, al tiempo que otras experiencias,

potencialmente desconfirmadoras, serán negadas o desacreditadas. En este proceso intervienen múltiples distorsiones cognitivas o sesgos de la información (por ejemplo, sobregeneralización, abstracción selectiva, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria). Su resultado es la cristalización de creencias nucleares negativas y la rigidización de estrategias conductuales. Si bien tales esquemas pueden haber sido funcionales en circunstancias pasadas, su persistencia se ha hecho desadaptativa para el sujeto.

Safran (1990) y Guidano (1991) entre otros, han conceptualizado el desarrollo de las estructuras cognitivas en el contexto de las relaciones interpersonales. Para Safran los esquemas (esquemas interpersonales) se constituyen en relación a la necesidad innata de formar vínculos y las expectativas que acerca de las interacciones va generando la propia experiencia interpersonal. Los esquemas interpersonales son representaciones generalizadas de las relaciones sí mismo-otros y funcionan como programas para mantener la vinculación. Existe continuidad entre los esquemas interpersonales de Safran y conceptos previos como los "modelos operativos internos" de Bowlby (1969) y "representaciones de interacciones que se han generalizado", de Stern (1985).

Como señalan Hill y Safran (1994) "el esquema interpersonal se abstrae inicialmente sobre la base de interacciones con figuras de apego; esto permite a la persona predecir las interacciones, de modo de maximizar la probabilidad de mantener la cercanía con ellas. En teoría un esquema interpersonal contiene información en la forma "si yo hago x, los demás harán y".

Para Safran (1990) los esquemas interpersonales tienden a perdurar gracias al "principio de la complementariedad", el cual establece que determinadas conductas interpersonales tienden, de modo predecible, a suscitar otras conductas interpersonales determinadas. Los individuos generan un "campo de fuerza" que lleva a los demás a responder con acciones de control o afiliación relativamente limitadas; las personas "tironean" respuestas complementarias dirigidas a validar y afirmar su estilo de vida. En este enfoque cognitivo-interpersonal la ocurrencia y mantención de la psicopatología se comprende en términos de ciclos disfuncionales cognitivo-interpersonales. Los sujetos con desajustes de la personalidad ejercen una intensa influencia interpersonal, dado que su conducta está gobernada por creencias y actitudes rígidas acerca de cómo mantener la cercanía emocional. Su estilo de vinculación repetitivo y estereotipado les permite eludir experiencias desconfirmatorias de sus esquemas; si éstas de todos modos se producen, tenderán a asimilar el significado de la experiencia en el esquema antiguo, y no lo modificarán.

## Clasificaciones de los esquemas y trastornos de la personalidad

Para Beck y cols. (2000), cada trastorno de personalidad puede ser caracterizado por el contenido específico de su esquema dominante. Así, en la personalidad obsesivo-compulsiva las creencias refieren a temas de control y racionalidad; en la personalidad paranoide a vulnerabilidad personal y en la narcisística a la noción de ser único y excepcional. Los trastornos límite y esquizotípico exhiben creencias y patrones conductuales característicos y de una amplia gama de trastornos de la personalidad. (Tabla N° 2).

TABLA N° 2 • Creencias y estrategias de algunos Trastornos de Personalidad (Beck, J., 1997)

TP	Creencia Nuclear	Supuestos	Estrategia Conductual
Evitativo	Soy indeseable	Si me conocen de verdad, me rechazarán. Si me muestro distinto a como soy, pueden aceptarme.	Evitación de intimidad
Dependiente	Soy incapaz	Si confío en mí mismo, fracasaré. Si dependo de los otros, sobreviviré.	Búsqueda de apoyo en otras personas
Límite	Soy defectuoso	Si confío en mí mismo, no sobreviviré	Oscilaciones
	Soy incapaz	Si confío en los demás, me abandonarán	conductuales extremas
	Soy vulnerable	Si dependo de los demás, sobreviviré	
	Soy malo	pero será finalmente abandonado	

Jeffrey Young (1990) ha elaborado el concepto de "esquemas cognitivos tempranos", que define como "amplios y penetrantes temas respecto a sí mismo y la relación con los demás, desarrollados durante la infancia y elaborados a lo largo de la vida, y que son disfuncionales en un grado significativo". Este autor ha identificado 18 esquemas que clasifica en cinco dominios psicológicos y ha elaborado una serie de cuestionarios para su identificación (Tabla N° 3).

TABLA N° 3 • Clasificación de los esquemas cognitivos según ámbitos psicológicos, (Young, J., 1990)

Ámbitos esquemáticos	Esquemas
Desconexión y rechazo	Abandono/Inestabilidad Desconfianza/Abuso Privación emocional Defectuosidad/Vergüenza Aislamiento social/Alienación
Insuficiente autonomía y desempeño	Dependencia/Incompetencia Vulnerabilidad al daño o enfermedad Enmarañamiento/Sí mismo insuficientemente desarrollado Fracaso
Límites insuficientes	Merecimiento /Grandiosidad Insuficiente autocontrol/Autodisciplina
Focalización hacia los otros	Subyugación Autosacrificio Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento
Hipervigilancia e inhibición	Negativismo/Pesimismo Inhibición emocional Estándares implacables/Hipercrítica Punitividad

## El modelo de Linehan del trastorno de personalidad límite

Marsha Linehan (1993) propone una teoría de desarrollo de la personalidad y un modelo de tratamiento, basándose en una perspectiva biosocial y utilizando una visión dialéctica.

Lo propuesto por Linehan se aplica a pacientes con trastorno de personalidad límite que, además, presentan conducta suicida y/o parasuicida. En este grupo Linehan define, o más bien reorganiza, patrones conductuales característicos, que dan cuenta de las dificultades de estos individuos, y que constituyen focos terapéuticos. Los patrones establecidos son: vulnerabilidad emocional, auto invalidación, crisis persistentes, duelo inhibido, pasividad activa y competencia aparente.

Desde la perspectiva biosocial de Linehan, en el desarrollo del individuo así descrito, interviene una compleja interacción entre factores biológicos, reflejados en una alta vulnerabilidad emocional, y un ambiente invalidante psicossocial de la expresión emocional. La vulnerabilidad emocional se caracteriza por un bajo umbral a la reacción, alta intensidad de ésta y un mayor reclutamiento de procesos cognitivos asociados a la reacción emocional.



Por otro lado, es importante describir lo que se entiende por ambiente invalidante. Su característica central es la presencia de respuestas erráticas y extremas ante la comunicación de experiencias privadas, castigándolas o trivializándolas. Este ambiente se puede observar en familias "caóticas", donde no hay disponibilidad emocional para los hijos y en familias "perfectas", donde no existe tolerancia hacia los despliegues emocionales, pero también en cualquier familia "típica". Linehan percibe que los patrones culturales actuales están orientados al éxito y al control cognitivo de las emociones, lo que tiñe la vida familiar. Así, incluso una familia "típica" puede resultar invalidante para un niño emocionalmente vulnerable. Por otro lado, ambientes de abuso y maltrato resultan invalidantes aún en niños poco vulnerables. Lo importante es cómo el ambiente y el niño "encajan" en una interacción dinámica.

Frente a la invalidación, el niño tiene la sensación de estar "errado" en su autodescripción y análisis de su experiencia, atribuye sus experiencias a características personales socialmente inaceptables y tiene la sensación de no poseer maestría en obtener logros mediante su esfuerzo.

A largo plazo, las consecuencias del ambiente invalidante se reflejan en que el individuo no aprende a rotular experiencias privadas, no aprende a tolerar la perturbación, ni a formarse expectativas realistas, aprende a usar despliegues emocionales extremos para ser atendido, oscilando entre la expresividad extrema y la inhibición emocional, y no adquiere confianza en sus propias respuestas emocionales y cognitivas como reflejo de interpretaciones válidas.

Desde este enfoque, el trastorno de personalidad borderline es principalmente un desorden del sistema de regulación emocional. La desregulación emocional resultante alude a una reactividad anímica que provoca depresión, ansiedad o irritabilidad episódicas de horas o días de duración y a descontrol e inhibición excesiva de la rabia.

En una visión dialéctica, el trastorno de personalidad borderline se puede conceptualizar, desde la escisión de la personalidad, como un fracaso en conciliar elementos opuestos en un proceso continuo de síntesis. Al aplicar la dialéctica a los problemas que surgen de la desregulación emocional, se va forjando el modelo terapéutico de Linehan, denominado "terapia conductual dialéctica".



## Capítulo 16

### PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, SEGÚN MARGARET MAHLER, Y SU IMPORTANCIA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD\*

■◆ Paulina Kernberg

*Dedicado a la memoria de Margaret Mahler,  
fallecida el 2 de octubre de 1985, en Nueva York, a la edad de 88 años.*

En el siguiente trabajo se describirá parte de la teoría del desarrollo de Margaret Mahler, dando especial énfasis a las consecuencias clínicas que esta puede tener con respecto a los trastornos de personalidad. No se pretende agregar nada nuevo sino entender esa teoría intentando ser fiel a su espíritu.

En primer lugar, la teoría de la separación e individuación de Mahler, como es sabido, se basó originalmente en la observación directa de lactantes y preescolares. Lo que me atrajo a mí a este estudio es que ofrece una especie de encrucijada entre lo interpersonal y lo intrapsíquico. El bebé y el niño desarrollan su mundo interno de relaciones objetales en estrecho contacto con procesos de empatía y múltiples y repetidas observaciones, que terminan por definir patrones de conductas específicos. En etapas posteriores, dicho mundo interno puede ser estudiado a través de patrones conductuales adultos.

Nos encontramos, entonces, con una teoría de personalidad que integra relaciones objetales intrapsíquicas con las relaciones interpersonales. Vemos, en otras palabras, una especie de coreografía entre lo intrapsíquico y lo interpersonal.

En este trabajo, intentaré expresar, en forma gráfica lo que constituiría el proceso de separación e individuación. Esta es una manera de conceptualizar la multiplicidad de trastornos de personalidad, tanto los cuadros neuróticos, como los cuadros limitrofes; pero también, en alguna medida, las psicosis.

\* El presente trabajo es una versión del comité editorial del presente libro de una conferencia presentada por Paulina Kernberg en Las Jornadas de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", 1985.

## El período simbiótico

---

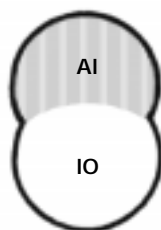
Tal como es sabido las etapas del desarrollo, según Margaret Mahler, comienzan con el autismo, al que le sigue el periodo simbiótico, que termina en la fase de separación e individuación que se divide en varias subetapas más.

El período simbiótico, tiene la característica de falta de limitación entre el sí mismo y el objeto. Es un período que se ha descrito como típico de las psicosis. De hecho gran parte de lo que sabemos sobre éste periodo lo hemos aprendido de las transferencias en trabajo con pacientes psicóticos.

---

### Fase simbiótica

---



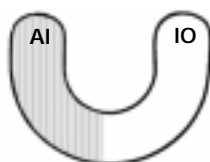
## La separación individuación, subfase diferenciación

Los trastornos de personalidad se caracterizan por quedarse, ya no en la simbiosis, propia de la psicosis, pero si en la fase de separación e individuación. Representamos, aquí, de otra manera el mundo interno de los objetos y de sí mismo. Es el proceso que Margaret Mahler llamó de diferenciación, este ilustra que hay una especie de comienzo de separación en el sentido de que hay dos personas, el sí mismo y el objeto, que están, sin embargo, unidos en una herradura, todavía no totalmente diferenciados. Esto se puede ver de varios niveles, uno es el comienzo de los siete a ocho meses, en que se ve al bebé tratando de empujar hacia atrás a la mamá, al mismo tiempo que todavía está ligado por los brazos a ella.

---

### Diferenciación temprana

---



Esta figura, que es concreta y al mismo tiempo metafórica, se puede observar también en las respuestas al método de Rorschach típicas de los pacientes límite. La sub-etapa de diferenciación se representa en respuestas al test que revelan imágenes dobles tales como dos elefantes, dos mariposas, dos mujeres unidas. Es muy frecuente, en pacientes límite la respuesta de mellizos siameses.

En la transferencia, cuando uno trata con este tipo de pacientes, se observa que éstos ven al terapeuta como si fuera físicamente igual a ellos. Este paradigma de relación de objeto que se ve en el mundo intrapsíquico y que se expresa en la relación con el terapeuta, constituye normalmente el primer episodio de diferenciación. Es muy importante saber esto, porque cuando hay una detención en este momento del desarrollo, existe la relación de mellizos que impide una progresión a las etapas siguientes.

Es conveniente saber que, cuando los pacientes están en este tipo de relación con el terapeuta es muy importante interpretarla. El clarificarla permite ver entonces el uso de esta etapa de diferenciación como una etapa que lleva a las etapas siguientes y no necesariamente como resistencia.

Es importante considerar, desde el punto de vista del desarrollo, que primero se pasa de simbiosis a diferenciación y sólo cuando esté clarificado este "escalón", podemos pasar a las etapas siguientes.

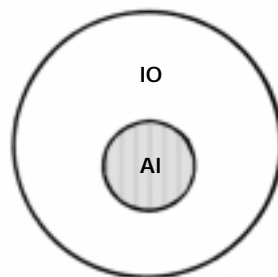
## **La separación individuación, subfase práctica temprana**

La etapa siguiente es la de práctica temprana. Es una etapa en que el paciente tiene la experiencia subjetiva de llevar al objeto en sí mismo. Siente que lo lleva consigo a todas partes que está recubierto por él.

---

### **Práctica temprana**

---



Esto se puede observar en el niño de uno a dos años, que empieza a crecer y que sale corriendo sin pensar que hay algún peligro alrededor de él, porque siente que lleva a su mamá alrededor.

En forma de transferencia, se ve esto en el paciente de tipo narcisista que contiene en sí mismo al objeto que es su propia madre y que no necesita a nadie. Con un paciente así, podemos decir que no hay mucho espacio para el terapeuta, su tamaño psicológico es como el de un punto.

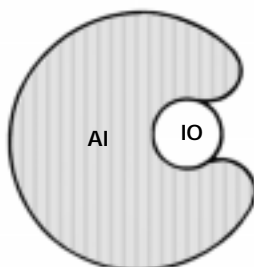
## La separación individuación, subfase práctica

Después de la práctica temprana, como parte de la separación individuación, Mahler describe la etapa que llama práctica propiamente tal. Existe un desarrollo un poco más avanzado en el sentido que el sí mismo crece. Aunque el objeto interno está contenido todavía en el mundo intrapsíquico, hay un reconocimiento del objeto externo, o sea, el otro que existe afuera. En esta etapa hay necesidad constante de estar en contacto con el objeto externo, porque la presencia del objeto interno depende, como en una actividad de electricidad inducida, de esta presencia. De aquí se comprende la alta necesidad de pacientes que psicológicamente quedan detenidos en esta etapa, de tener continuo contacto con el objeto externo. Es típico de los pacientes con cuadros límite que necesitan constantemente estar en comunicación con el médico y, por lo tanto, las llamadas telefónicas y visitas inesperadas que estos pacientes nos hacen son muy frecuentes.

---

### Práctica propiamente tal

---



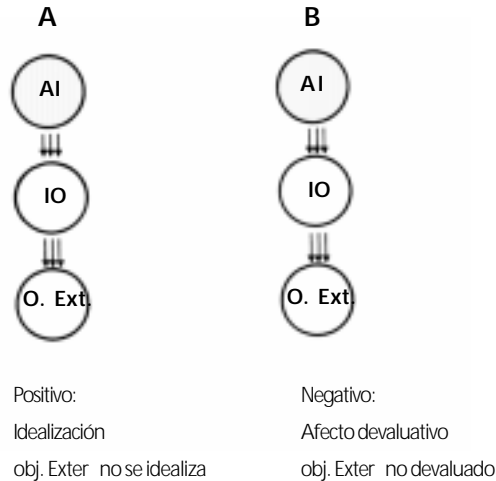
## La separación individuación, subfase acercamiento

Después entramos en una etapa que es más familiar, que es la de acercamiento (Rapprochement). En esta etapa, hay dos posibilidades de distribución del mundo interno psicológico, del sí mismo y los objetos.

---

**Acercamiento**


---



Reaproximación. Izquierda y sombreado. Derecha, coerción. AI=autoimagen; IO=imagen del objeto; O.Ext.=objeto externo.

El sí mismo, aquí tampoco es muy estable y depende de la presencia del objeto interno, que a su vez depende de la presencia del objeto externo. Esta relación, si es positiva, termina en una idealización que tiene un efecto de control o de coerción. En este paradigma del mundo interno del paciente, éste se da cuenta de que hay un objeto externo que él no contiene; esto es una novedad, ya que en las etapas anteriores, el paciente no se ha desprendido del objeto. La forma típica de relación es de control, ya que se necesita controlar y ejercer coerción sobre el objeto interno y externo, y, al mismo tiempo, atribuirle a ese objeto externo poderes muy grandes para poder existir. Eso se ve en el desarrollo normal, pero se ve también en la transferencia de pacientes limítrofes. Esto es a lo que se refiere Kohut al hablar de transferencias idealizadoras. El paciente no puede vivir sin su terapeuta, aunque pasen diez o quince años, porque toda la existencia depende de la presencia de este objeto externo idealizado.

Hay otro lado de esta moneda, otra forma de relacionarse a este nuevo objeto. El sí mismo se relaciona con el objeto externo, pero mediante un afecto negativo, mediante la devaluación. No se ejerce coerción, sino sumisión al objeto y una devaluación del objeto externo. Se produce una transferencia narcisista negativa, en la que el paciente viene por años a decirle al terapeuta que no sirve para nada. ¿Por qué viene todos los días? Viene todos los días porque su existencia todavía depende del objeto devaluado. Esta relación de sumisión la ha llamado Margaret Mahler el efecto de sombra, y el afecto idealizador se ha llamado transferencia de tipo narcisista.

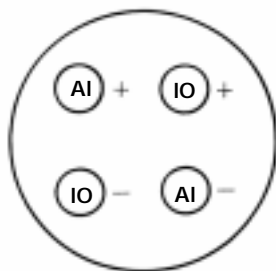
## La separación individuación, subfase de integración

Luego de todas estas etapas, Mahler describe la etapa de integración, que puede representarse en el siguiente esquema:

---

### Integración

---



En esta fase, se produce la integración del sí mismo en un concepto de sí mismo positivo y negativo y del objeto o los objetos internos en forma integral con sus aspectos positivos y negativos. Es aquí donde se adquiere la llamada constancia objetal. La constancia objetal viene acompañada de un concepto de continuidad y cohesividad y estabilidad del sí mismo. Es en esta etapa en la que podemos describir las neurosis.

### Consecuencias clínicas

Ya se ha podido ver algunas de las consecuencias clínicas de este punto de vista del desarrollo. Me extenderé un poco más en qué es lo que ocurre en cierto tipo de fijaciones en alguna de estas subetapas. En la literatura se atribuye a los cuadros límite una estabilización del desarrollo del individuo en la etapa de acercamiento. Sin embargo, a medida que uno trabaja con estos pacientes en psicoterapias intensivas, se ve que quedan también detenidos en las etapas de diferenciación, de práctica temprana y de práctica propiamente tal, conservando la manera de relacionarse, en cada una de esas etapas, con el terapeuta. Es importante saber esto, porque cada una de estas figuras y relaciones de objetos es posible describirlas y clarificarlas al paciente para que él pueda, a su vez, integrarlas y proseguir en su desarrollo.

La detención en la etapa de diferenciación se ve en personalidades narcisistas, en que observamos que están en la etapa de relación como de mellizo.

La etapa de relación en que hay necesidad de estar en contacto constante con el objeto externo se ve en personalidades infantiles de tipo límite, en que no hay integración del sentido del sí mismo.



En las etapas posteriores, se ven otras cualidades de cuadros limítrofes: en las personalidades “como sí” se ve que hay sumisión total al objeto externo, mientras la persona adquiere una cualidad de sombra.

Es importante tener claras todas estas subetapas, porque así el terapeuta puede ser más sensible a las relaciones que los pacientes establecen con él. Esta forma de entender la transferencia, según las etapas del desarrollo de Mahler, es de gran utilidad para precisar los diagnósticos. Por ejemplo: una vez entrevisté a una paciente que fue presentada como esquizofrénica, pero después de 15 minutos me di cuenta que ella se estaba riendo igual que yo, que se movía igual que yo, repetía mis gestos, y me encontré que estaba con un espejo. En un período de 15 minutos, ella había establecido esta relación de dos personas que son muy parecidas. Esto me permitió hacer el diagnóstico, no de esquizofrenia, sino de una personalidad de cuadro límite.

## Algunos elementos de la etiología de los trastornos de personalidad

---

El esquema presentado no pretende ser totalmente inclusivo, porque no hay ninguna teoría de personalidad que lo sea. Es simplemente un esquema que me parece muy útil para poder orientarse en la complejidad de los pacientes con trastorno de personalidad.

Se podría decir, que todo factor que interfiere en el proceso de separación e individuación, en otras palabras, en todas las etapas mencionadas, produciría riesgos de trastornos de personalidad serios. Estas interferencias podrían ser: temperamentales, orgánicas y familiares.

En primer lugar, tendríamos los factores temperamentales. Se ha visto en bebés, ahora que hay estudios mucho más detallados, que hay diferencias muy grandes entre un bebé y otro. Hay niños que experimentan las transiciones del día y las relaciones con la madre con una intensidad mayor que otros. Hay niños que tienen dificultades para experimentar frustraciones sin desorganizarse, y hay bebés que, ya en el primer día de vida, pueden consolarse más fácilmente que otros. No voy a dar todos los detalles de esto, pero sería suficiente decir que nosotros no experimentamos el mundo de la misma manera que otros individuos, aún desde el primer día hábil, y esto, por supuesto, podría afectar la intensidad de afecto y podría interferir con la integración de estas etapas y la sucesión armónica de ellas en la relación maternoinfantil.

En segundo lugar, tendríamos los factores orgánicos; podríamos decir que problemas de déficit físicos, como la ceguera, la sordera y problemas orgánicos cerebrales también podrán afectar el desarrollo del proceso de separación e individuación. No es que todos los niños que tienen problemas orgánicos sean cuadros limítrofes o problemas severos de personalidad, pero están en riesgo de tenerlos, y es importante poder hacer un examen psicológico y psiquiátrico. Se puede decir, por ejemplo, que en la

internalización de las relaciones de objeto es muy importante este factor de una indemnidad psicoorgánica. Así, las primeras tareas del desarrollo del Yo de formar y desarrollar las representaciones del sí mismo y representaciones del objeto en forma diferenciada dependen de funciones tales como la memoria, la percepción, la atención y la capacidad de secuencia. Si un niño no tiene estas funciones intactas, va a tender a experimentar a su mamá como menos buena de lo que sería normalmente y va a tener reacciones de frustración y de intensa agresión que van a interferir con el desarrollo del proceso de separación e individuación.

Finalmente, me referiré al rol de la familia. El rol de la familia, en la formación de los trastornos severos de personalidad es crucial. Sin embargo, un aspecto al que quizás no se le ha dado el suficiente énfasis, es el efecto que tiene el niño con trastorno de personalidad en la dinámica familiar. Si un niño tiene una fijación en alguna de estas subetapas, también contribuye él mismo a perpetuar el quedarse detenido. A nivel de la familia, él va a usar mecanismos primitivos de proyección, identificación proyectiva, idealización y devaluación. Si utiliza mecanismos primitivos narcisistas, de la etapa de práctica temprana, hace sentir a toda la gente como algo muy inútil, tanto al terapeuta como a los padres, que aparecen totalmente descalificados. Todos estos mecanismos al nivel de la familia contribuyen a perpetuar la estructura patológica de personalidad de cuadro limítrofe o de personalidad narcisística. Por eso, es muy importante en la evaluación y tratamiento de estos niños y adolescentes el tener entrevistas diagnósticas con la familia y tener sesiones de grupo para "limpiar el campo". De lo contrario, no se puede comprender lo que ocurre en la familia, ya que todo el mundo está proyectando y atribuyendo la culpa a otros. Si no se trabaja con la familia en los niños con trastornos de personalidad, se hace muy difícil trabajar en el nivel intrapsíquico o psicoterapéutico individual.

Las relaciones de los padres a los hijos generan constelaciones familiares muy distintas, y cada una puede tener diversos efectos en términos de ayudar o no a la integración de la identidad del sujeto. Las parejas varían en su capacidad de relacionarse como pareja con los hijos. Hay, por ejemplo, ciertos padres que desde que el bebé nace se relacionan con su hijo en forma de pareja, los dos en conjunto. Esto, independientemente de que el niño pueda aprender desde el comienzo que puede estar a solas con la mamá y que puede estar a solas con el papá, pero que cuando están los dos juntos se produce una síntesis, una integración. Hay una madre y un padre que son una pareja, junto con la que el niño vive una experiencia distinta que le ayuda a integrar papá y mamá, lo bueno, lo malo, y al mismo tiempo se empieza a integrar a sí mismo. Él es el hijo del papá y de la mamá, que lo miran en conjunto.

Por otro lado, hay parejas en que la mamá se relaciona con el niño con exclusión del papá o el papá se relaciona con el niño con exclusión de la mamá. O sea, el niño se somete a un ejercicio diario de escisión. La mamá no existe nada más que en relación con él; y el papá sólo existe en relación con él. Configuraciones familiares de este tipo parecieran estar relacionadas con desarrollos de cuadros limítrofes. El extremo de relación familiar patológica es cuando el niño es despersonalizado, es considerado sólo en funcionalidad con la madre y el padre perdiendo totalmente la posibilidad de subjetividad propia. Se transforma así en un objeto interno de la madre o del padre.

## **La estabilidad de la patología**

Para finalizar, es necesario señalar que la relevancia de realizar estos diagnósticos tempranamente radica en que estos tipos de patología son muy estables. No es verdad que el desarrollo, por sí mismo, vaya a corregir los problemas y producir, por sí mismo, la normalidad. Los esquemas mencionados se pueden identificar entre los siete meses y los tres años. Sin embargo, hemos visto elementos clínicos que dan cuenta de que la patología se estabiliza con patrones similares en la edad adulta. Los niños que quedan fijados en alguna de las etapas mencionadas desde su infancia generalmente continúan con problemas a lo largo de todo su desarrollo. Los niños con problemas muy serios no mejoran sin tratamiento. De hecho, pueden complicarse con problemas secundarios. Es común que cuando se hace un diagnóstico de trastorno de personalidad en la infancia, este termine siendo una estructura limitrofe en la edad adulta.



## Capítulo 17

### **HACIA LA CONSTRUCCIÓN FINAL DE LA PERSONALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA. ALGUNAS CONFIGURACIONES PSICOPATOLÓGICAS**

---

■◆ *Luis Gomberoff Jodorkovsky*

Hace años estuve de acuerdo con quienes estimaban que la adolescencia era un tema poco elaborado en la literatura psiquiátrica y psicoanalítica. Al enfrentar la tarea de escribir un capítulo en la presente monografía sigo concordando con quienes así opinaban, y han pasado varios años. Los límites cronológicos, poco claros, de esta etapa de la vida hacen que la adolescencia sea un territorio “de nadie” para los especialistas que, más bien, se definen como psiquiatras y psicoterapeutas de adultos o de niños, dejando la etapa que comentamos, más para la elaboración filosófica y especulativa, que para definiciones que nos permitan un abordaje clínico adecuado. Para comprender la afirmación previa basta con mirar hacia las clasificaciones vigentes de diagnósticos, el CIE 10 y el DSM IV, donde observaremos que las enfermedades de la adolescencia están incluidas en los trastornos que se inician en la infancia y en la adolescencia sin delimitar el proceso adolescente como algo propio y específico. Los adolescentes no son niños, tampoco adultos, son adolescentes y merecen una consideración propia. No se trata aquí de desmerecer los múltiples trabajos que efectivamente se pueden rescatar de la literatura –muchos de una calidad excepcional– apuntamos sólo a la singularidad del proceso adolescente que no es claramente establecido en la literatura psiquiátrica. Peter Blos es una de las excepciones a lo dicho anteriormente. Será su obra la que dirigirá el camino en las consideraciones que siguen. Aborda la adolescencia desde dos perspectivas distintas pero mutuamente relacionadas. Una, que ve panorámicamente la adolescencia y que corresponde al proceso de la segunda individuación, separación final de los padres internalizados de la infancia, para adquirir finalmente la personalidad propia y adulta como tarea fundamental; proceso que abarca toda la adolescencia y, en segundo lugar, una perspectiva secuencial que cursa en estadios sucesivos conflictos y tareas propias que confluyen hacia el mismo objetivo final: la consolidación de la personalidad.

El presente trabajo describirá la visión de Blos, la ampliará con aportes, que me han parecido importantes, provenientes de otros autores e incluirá la comprensión de algunos trastornos de personalidad que se afianzan y fijan en desarrollos patológicos de algunas de las etapas por las que cruza la adolescencia. También dedicaremos algún espacio a la comprensión psicoanalítica del problema de la violencia juvenil.

## **El recorrido**

---

La descripción de la adolescencia no puede sino tener un enfoque teleológico, ya que el adolescente es como es, debido a la serie de tareas que debe cumplir, no comparables a las de ninguna otra época de la vida, tanto cuantitativa como cualitativamente. Son tareas que producen quiebres (crisis adolescente) que deben ser elaborados y resueltos por el adolescente, la mayor parte de las veces solo, a diferencia del niño que siempre está acompañado por padres (aunque sólo a veces). Para la resolución de las tareas cuenta con un arsenal pequeño, adquirido en los pocos años de vida con los que llega a esta etapa.

La adquisición de independencia, la emancipación de los padres, el ajuste heterosexual, la elección vocacional, entre otras tareas, confluyen hacia la integración de la personalidad adulta normal.

El recorrido a través del cual se cumplirá con la tarea nos pondrá en contacto con paisajes distintos y con estaciones en las cuales, a veces, hasta los idiomas que se hablan son diferentes, lo que nos hace plantearnos, incluso, si podemos seguir hablando de la adolescencia como fenómeno único, o debemos introducir el plural al referirnos a ella. Además, cada estación conserva ciertas características de la anterior, con lo que el paisaje va adquiriendo cada vez mayores dificultades descriptivas y los pasos, sin detención o apurados en sus distintas estaciones (elaboraciones incompletas) se topan con constantes obstáculos que, muchas veces, impiden el arribo al final del camino.

## **Las estaciones**

---

### **Latencia**

A la latencia, estación inicial del recorrido llega –de acuerdo con Meltzer–, un niño que conoce y comprende el mundo fantaseando que el conocimiento es algo concreto y que existe en algún lugar. El respeto que los pequeños tienen por sus padres está asociado a la creencia de que estos padres, en conjunto, poseen todo el conocimiento del mundo y, en las fantasías más primitivas, tal conocimiento es sentido como contenido concretamente en el pecho de la madre. La cualidad mental que el padre y la madre poseen o, en un nivel más primitivo, que el pecho posee, es la omnisciencia; además del poder de

hacer cualquier cosa, esto es, son omnipotentes. Estas dos cualidades, la omnisciencia y la omnipotencia, son objeto de intensa envidia por parte del niño y son las posesiones de los padres que más desean. El lenguaje, que representa la posesión parental de la omnisciencia y la omnipotencia, es investido por el niño –cuando lo desarrolla– de poderes concretos y mágicos.

Siguiendo con Meltzer, en la escuela, en los años que llamamos período de latencia, el aprendizaje se centra en el nombre de las cosas. El niño que sabe el nombre de algún objeto sabe todo de él; si aprende que un objeto se llama aeroplano, sabe volar, puede construir uno y cuando fabrica un pequeño aeroplano de juguete, éste, en su mente, es de verdad. El latente, cuando utiliza el lenguaje de esta manera concreta, y cree saber todo de una cosa, cuando conoce su nombre, está ejercitando su omnisciencia, aunque esta es distinta de la de los padres, ya que está basada en una construcción de la imaginación. Él, no conoce todo, pero cree que todo lo que conoce es todo lo que hay para conocer, y esta subordinación a este uso del lenguaje, junto a la convicción de que los padres conocen todo, sólo se fractura cuando comienza la pubertad. Desde esto, Meltzer comprende lo que sucede en la pubertad de una manera que no pone el énfasis en la sexualidad sino en el conocimiento y la comprensión. El gran misterio para los niños es que los padres saben cómo hacer niños; el saber hacerlo es la esencia de su gran potencia.

La latencia prepara al niño para el aumento pulsional de la pubertad a través de desarrollos funcionales del Yo en áreas como: percepción, aprendizaje, memoria, pensamiento y capacidad sintética. La mayor capacidad de expresión verbal reduce el empleo del cuerpo en forma expresiva. Hay un predominio de la actividad controladora del Yo y Superyó (que en esta etapa si son herederos del complejo de Edipo) sobre las expresiones sexuales. El desarrollo de capacidades sublimatorias del Yo hace que éste sea un período de adquisición de importantes avances educacionales y sociales que alentarán logros sustantivos en la autoestima.

Las relaciones objetales externas son reemplazadas por identificaciones, es decir, las catexis se trasladan desde objetos externos a los internos. Si el niño, hasta la latencia, ha dependido en su autoestima de apoyos parentales, ahora es su propio control y logros los que lo hacen autovalorarse.

Sin el afianzamiento de las funciones yoicas en esta estación del desarrollo el adolescente no podrá enfrentar las tareas que tiene que enfrentar en las siguientes

## **Preadolescencia**

Resurge en este período la pregenitalidad, se vuelven incontrolables, difíciles de enseñar. El muchacho se muestra voraz, inquieto, con muchas expresiones sádico anales: lenguaje obsceno, rechazo de la limpieza, fascinación por los olores y juegos fálicos exhibicionistas. Todo esto se debe a la regresión que se inicia en esta etapa y que seguirá actuando en las fases subsiguientes. Es una regresión al servicio del desarrollo, ya que le permite al muchacho acudir a los puntos previos de fijación donde quedaron fallas en el

desarrollo para reorganizarse y, desde allí, saltar con más fuerzas hacia el desarrollo progresivo. Las funciones yoicas desarrolladas durante la latencia impiden una regresión completa hasta la fusión con la madre, lo que haría estallar una psicosis. Recordemos aquí que, en la niñez temprana, el tener hijos es vivido como un logro y, a quien los tiene –la madre–, se le atribuyen poderes omnipotentes que llevan a una competencia con ella. Identificarse con ella representa ser activo como la madre. El reencuentro regresivo con esta madre produce en el preadolescente fantasías que tienen la estructura de atribuir a la mujer poderes omnipotentes. De aquí que el conflicto básico del preadolescente masculino sea el miedo y envidia por la mujer. Para aliviarse de la angustia de castración, en relación con esta madre fálica, activa y productora de hijos, se identifica con ella. Los muchachos se vuelven hostiles con las niñas, las atacan y evitan, o sea, niegan su angustia (de castración) en vez de enfrentarla, lo que lleva al niño a relacionarse sólo con su propio sexo. Esto es lo que se define como estadio homosexual de la preadolescencia, en el que el cambio hacia el mismo sexo es una maniobra evasiva. Se afianzan ahora los grupos unisexuales de la latencia, con problemática homo y heterosexual. El erotismo es anal, agresivo. Se intercambia información sobre el sexo y éste es tratado en forma cómica, excitante, prohibida y agresiva. Pareciera existir un acuerdo de mantener rígidamente separado lo tierno de lo erótico y que todo interés sexual no tiene nada que ver con la situación de pareja. El grupo de las mujeres es menos expresivo en lo sexual y aunque no existe la actitud despectiva anal frente a lo genital, puede haber una curiosidad sexual compartida, mientras no se refiera a actividad genital directa y consciente.

El control pulsional y la sociabilidad adquiridas en la latencia se dirigen al despeñadero, pero ya hay un Superyó que reprobó el descontrol. Reaparecen defensas como la represión, formaciones reactivas y desplazamientos.

Como las defensas no son suficientes, surgen síntomas transitorios tales como tics, miedos y fobias, así como descargas psicósomáticas: cefaleas, dolores de estómago, onicofagia, tartamudeos, etc. También, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aliviar la angustia.

La niña trata de negar su femineidad, alcanzando en esta etapa la culminación de lo que se ha descrito como la etapa de la "marimacho". Se descubre aquí la reemergencia del conflicto no resuelto de la envidia al pene. Mientras el varón emprende su camino hacia la genitalidad a través de una carga pregenital importante; las niñas se dirigen más directamente hacia el sexo opuesto. Ellas, para desarrollar su femineidad, deben reprimir masivamente su pregenitalidad. Buscan juntarse con muchachos. Así, la fuerza regresiva hacia la madre preedípica se reduce considerablemente, porque permanecer atada regresivamente, significaría homosexualidad e interrupción del desarrollo de la femineidad.

## **Adolescencia temprana**

Podría decirse que la característica de este período es la presencia de una libido libre que pugna por acomodarse en objetos no incestuosos. El retiro de las catexias objetales parentales, que produce una ampliación de la distancia entre el Yo y el Superyó (repre-



sentante parental), resulta en un empobrecimiento del Yo que el adolescente experimenta como un sentimiento de vacío, de tormento interno, que puede compensarse a través de la búsqueda de amistades. El amigo de la adolescencia temprana es idealizado. Algunas características del otro son admiradas porque son algo que él quisiera tener y a través de la amistad se apodera de ellas. También hay un debilitamiento del Superyó que deja al Yo sin su dirección; los esfuerzos del Yo para mediar entre el mundo interno y externo devienen torpes e ineficaces. A pesar de esto, estamos describiendo una edad en que los valores éticos se han independizado de la autoridad parental y operan parcialmente dentro del Yo, pero el autocontrol, durante la adolescencia temprana, amenaza con romperse y puede surgir la delincuencia. Las actuaciones delictivas, variables en intensidad, a menudo están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor que ofrecen un escape a la soledad, aislamiento y depresión que continuamente acompañan los cambios catécticos descritos anteriormente. Pueden detenerse con una vuelta al narcisismo, recurriendo a la fantasía y al autoerotismo. De esta forma, se construye el Ideal del Yo que entra a absorber la libido homosexual y narcisística. Se internalizan relaciones de objeto que, de otro modo, podrían conducir a homosexualidades latentes o manifiestas. Fijaciones en la adolescencia temprana siguen el curso anterior.

Se describe en la literatura –refiriéndose a la mujer adolescente temprana– el “flechazo”, que es una forma de idealización y erotización pasiva y masoquista. El objeto del flechazo es amado en forma pasiva, deseando obtener su atención, y sintiéndose invadida por toda clase de afectos sexualizados. Las cualidades pasivas y masoquistas son un estado intermedio entre la posición fálica de la preadolescencia y la progresión hacia la femineidad. Es la posición bisexual de la adolescencia temprana de la mujer, que está mucho menos reprimida que en los hombres.

Debido a los rápidos cambios físicos y psíquicos que experimenta el adolescente temprano, siente que la experiencia interna empieza a cambiar más vertiginosamente que la confirmación externa que lo sigue tratando como a un niño más grande. Esto, que es normal, produce un fenómeno de alienación, es decir, una experiencia subjetiva de cambio, de extrañeza, de ya no ser la persona natural, normal y estable en un mundo que no cambia. Es el comienzo de la crisis de identidad que el adolescente resuelve, inicialmente, a través de su participación en un grupo rígido que lo confirma. Es el grupo, ya heterosexual, de los adolescentes tempranos, que se visten igual, escuchan la misma música, hablan igual y, por lo tanto, ambientan un escenario de confirmaciones mutuas donde las debilidades pueden superarse más livianamente. Este es también el grupo que da al adolescente tiempo para elaborar los conflictos relacionados con su vida sexual, con la separación de los padres, etc. En un plano sexual le permite la integración de eroticismo con ternura.

Volveremos a Meltzer tratando de visualizar otra manera de ver la crisis de identidad adolescente. Este, afirma que en la pubertad descubren que sus padres tampoco saben cómo hacer niños, que era, recordémoslo una vez más, aquello que los proveía de un poder ilimitado. Esta puede ser considerada como la mayor desilusión de la adolescencia, que se inicia con la pubertad, permitiendo al niño liberarse de la subordinación a los padres. Cuando el adolescente se libera de esta sumisión, irrumpe el mundo de la con-

fusión que estaba encubierta por la convicción de la omnisciencia de los padres. Descubren también que las palabras no significan lo que dicen, que no tienen significado en sí mismas, que tienen significados diferentes según quien las emita. Por lo tanto, sienten que el mundo de los adultos es pura hipocresía. Esto trae como consecuencia la duda de todo y, naturalmente, el dudar si se es el hijo real de sus padres. Debe escoger entre la teoría de que es su propio padre y se ha hecho a sí mismo de alguna manera, o que sus padres están en algún lugar en sentido novelesco o abstracto. Lo importante en esta crisis de identidad y la aguda pérdida de la identidad familiar, que el joven experimenta en el momento de la pubertad, es la crucial elección entre la idea de haberse hecho a sí mismo y la idea de que los propios padres están en algún otro lugar, en cuanto que, de tal elección, surge la posibilidad de identificarse con la comunidad de los adolescentes. La decisión de aceptar temporarily la identidad de ser un simple adolescente en la comunidad de los mismos, o bien de ser un individuo aislado que se ha hecho solo y que tiene una misión única en el mundo, una misión grandiosa, representa una decisión crucial para el joven. Hasta aquí Meltzer.

¿Soy hombre o mujer?, es una preocupación consciente muy frecuente en este período entre las mujeres. La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada en la adolescencia.

## **Adolescencia propiamente tal**

El abandono de la bisexualidad y del narcisismo hace posible que, lentamente, se establezca la heterosexualidad. En un comienzo de esta fase, ambos sexos, observan un aumento transitorio del narcisismo que protege contra las desilusiones y fracasos de los primeros intentos amorosos. Los adolescentes abandonan sus sentimientos de autosuficiencia (la que se veía en la rebeldía, arrogancia, desafío a las reglas y burla frente a la autoridad de los padres) y actividades autoeróticas sólo cuando tienen sentimientos de ternura por una muchacha. La decaetaxis de las representaciones de objeto las elimina como fuente de gratificación libidinal.

Consecuentemente, se observa en el adolescente un hambre de objetos, un deseo que lo lleva a uniones e identificaciones superficiales que varían constantemente. La identidad del objeto real de este hambre es negada: es el padre del mismo sexo. La identificación con él, positiva o negativa, tiene que llevarse a cabo antes que pueda existir amor heterosexual.

El aislamiento narcisista del adolescente debe contrarrestarse de alguna manera porque puede producir pánico y ansiedad que llevan a estados de despersonalización. Fantasías y sueños diurnos que acompañan los cambios catécticos por "acción de ensayo", ayudan al adolescente a asimilar, en pequeñas dosis, las experiencias afectivas hacia las que lo mueve su desarrollo progresivo. Por otra parte, una agudeza extrema de los órganos de los sentidos, hace que los acontecimientos internos sean experimentados como percepciones externas (su calidad se aproxima frecuentemente a las alucinaciones). Esto ayuda al Yo a agarrarse al mundo externo de los objetos ya que está, constantemente, en peligro de perder. Todos estos sentimientos (de alejamiento, de irrealidad y

despersonalización que amenazan con romper la continuidad de los sentimientos del Yo constituyen el rasgo específico de la adolescencia de funcionamiento pseudopsicótico.

La etapa narcisística transitoria representa también una fase positiva en el proceso de desprendimiento. Antes los padres eran sobrevalorados, considerados con temor, y no dimensionados de manera real. Ahora son vistos como ídolos caídos. Una vez que la fuente de gratificación narcisística derivada del amor paternal ha cesado de fluir, el Yo se cubre con una libido narcisista que es retirada de los padres internalizados, esencial para la mantención de la autoestima.

En la adolescencia propiamente tal el revivir del complejo de Edipo es otro tema dominante. Resulta bastante claro que es imprescindible el alejamiento decisivo del padre antes que pueda hacerse la elección de un objeto no incestuoso. Durante las etapas previas a este alejamiento, hay rasgos de venganza y rencor edípicos que se hacen presentes en la actitud crítica del adolescente hacia uno de sus padres. En la joven, casi siempre es la madre el blanco de reproches y acusaciones; más de una joven está convencida de que ella comprende mejor a su padre que su misma madre.

El declinamiento del complejo de Edipo en la adolescencia es un proceso lento y llega hasta la adolescencia tardía. Se completa probablemente sólo cuando el individuo se reestablece en una nueva familia; entonces las fantasías edípicas pueden ser desechadas para siempre. Dos amplios estados afectivos, a su vez, dominan la escena de esta etapa: "duelo" y "estar enamorado".

El adolescente sufre una pérdida verdadera al renunciar a sus padres edípicos y experimenta un vacío interno, pena y tristeza que son partes de todo luto. La elaboración del proceso de duelo es esencial para el logro gradual de la liberación del objeto perdido. Requiere tiempo y repetición.

El "estar enamorado" señala el acercamiento de la libido a nuevos objetos. El amor heterosexual a un objeto implica el fin de la posición bisexual de etapas previas, en las cuales, las tendencias ajenas al sexo genérico necesitaban constante carga contracatótica, ya que amenazaban constantemente con hacerse presentes, dividiendo la unidad del yo (autoimagen). Estas tendencias pueden satisfacerse sin restricción en el amor heterosexual sólo concediendo al compañero el componente del impulso ajeno al sexo. Esto es lo que se denomina fenómeno de resonancia, que aparece primeramente en la adolescencia y juega un papel fundamental en la resolución de las tendencias bisexuales.

También debe concurrir a la resolución de la bisexualidad la vivencia simbólica del falo como fuente de fertilidad y unidad decrita por Joyce Mc Dougall que debe ser integrada a la sexualidad adolescente como algo ya definitivo: "Cada niño, en su bisexualidad psíquica, desea ardientemente la total posesión de los padres para él solo. El deseo de ser aquel que tiene nuestro mismo sexo y poseer al otro se complementa, con igual intensidad, con el deseo de ser el del sexo opuesto y poseer al del mismo sexo. Este carácter posesivo del niño busca alcanzar los poderes y privilegios de ambos miembros de la pareja parental. En los dramas inconscientes cada una de estas personas, especial-

mente queridas y deseadas, están representadas simbólicamente por su sexo. El falo, a diferencia del pene, es un símbolo de unidad y de fertilidad que adquiere su verdadero significado en tanto une y pertenece a ambos sexos. A través de su simbolización los niños y niñas ven garantizados su lugar y su identidad genérica. Si, por el contrario, el pene se desliga de su significado simbólico pueden surgir, para ambos sexos, numerosas escenas dramáticas. El pene paterno, un objeto codiciado e idealizado por todo niño, desempeña un papel diferente, que depende no sólo del sexo anatómico de cada analizando, sino también de hasta qué punto se ha convertido o no en el símbolo de la completitud sexual. Este significante también determina el modo en el que los genitales femeninos están representados en el inconsciente. La vagina, al no ser visible, plantea problemas para ambos sexos. Mientras que su representación no goce en la imaginación de su significación fálica, es decir, como complemento del pene, no sólo corre el riesgo de convertirse en una representación aislada, sino también, en una representación sin límites y potencialmente peligrosa. Como entidad imprecisa y no visible, esta representación sexual puede, de ahora en adelante, desplazarse de forma interminable sobre cualquier espacio u objeto externos imaginables: túneles estrechos, ventanas abiertas, calles desiertas, agua profunda, tierra, aire, alturas o profundidades. ¡La elección, como la representación, es ilimitada! Cuando no hay una trama psíquica capaz de unir los dos sexos en un acto de amor, en la cual cada sexo se convierte en la razón de existir del otro, entonces el pene "autónomo" corre el riesgo de ser, en el repertorio psíquico, un objeto que desgarrar y lacera, mientras que la vagina sin límites, separada de su función de amado y deseado continente del pene, se convierte en un órgano que también puede destruir, estrangular y castrar todo lo que encuentre.

Este estado de término de la bisexualidad a través de los fenómenos de resonancia y del logro definitivo del sentimiento de necesidad mutua genital, para completarse sexualmente sólo puede ser alcanzado después de que los impulsos pregenitales han sido relegados a un rol iniciático y subordinados a favor de la sexualidad genital.

A la adolescencia en sí pertenece una experiencia única, el amor tierno que precede a la experimentación heterosexual. La pareja no representa solamente una fuente de placer sexual (juego sexual); ella significa un conjunto de atributos que llenan al joven de admiración. Pero este nuevo sentimiento es experimentado por el muchacho, al principio, como la amenaza de una nueva dependencia.

Los movimientos progresivos de la libido hacia la heterosexualidad, recién descritos, se constituyen en fuentes de peligro interno que se agregan al debilitamiento del Yo ya analizado antes. Esta ansiedad pone en juego los mecanismos defensivos típicos de esta fase, descritos por Ana Freud (1936): el ascetismo y la intelectualización.

El ascetismo prohíbe la expresión del instinto; fácilmente cae en tendencias masoquistas. La intelectualización vincula los procesos instintivos con los contenidos ideacionales y así los hace accesibles a la conciencia y al control. Ambas defensas, anuncian el surgimiento del carácter y de intereses especiales, de preferencia talentos y elecciones vocacionales definitivas. Las elecciones de esta etapa muestran mayor variación individual que en las fases previas, lo que anuncia su influencia selectiva definitiva en la formación

del carácter. Empiezan a sobresalir diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos, que son probados experimentalmente por el uso y que apoyan el mantenimiento de la autoestima; de este modo la elección vocacional se solidifica.

Es la labor del término de la adolescencia llegar a un arreglo final que la persona joven siente subjetivamente como "mi modo de vida". La inquietante pregunta que tanto se hacen los adolescentes "¿Quién soy yo?" retrocede lentamente al olvido.

Lo que les ocurre a los grupos en esta fase es que, más o menos a los 15 años, las primeras parejas ya con intimidad sexual se separan del grupo y se las mira con admiración pero también con envidia y recelo. Se las acusa de traición. La pareja tiene que aprender a resistir las presiones del grupo. Es el grupo heterosexual tardío que después se rompe en la red de parejas, relación grupal típica de los adultos.

## **Adolescencia tardía**

La adolescencia tardía es una fase de consolidación que establece la unificación final del yo y preserva la continuidad dentro de él. Esto marca el fin de la crisis de identidad y de los sentimientos de alienación del joven.

El concepto de trauma es importante en esta fase. El dominio del trauma es tarea de toda la vida. Lo que fue experimentado, originalmente desde la temprana infancia como una amenaza externa se vuelve el modelo de peligro interno. Al devenir modelo, el peligro principal es reemplazado por representaciones simbólicas que van cambiando con el desarrollo físico y mental del niño en crecimiento. Al fin de la adolescencia, las amenazas originales reaparecen nuevamente siendo activadas por el medio ambiente: amenazas de pérdidas objetales, conflictos de dependencia, de pérdida de control, bajas en la autoestima, etc. El dominio progresivo de estos traumas residuales determinará el tipo de relación que se producirá entre el individuo y su medio.

Freud (1939) plantea: "Los efectos de un trauma tienen dos caras, positiva y negativa. La primera son intentos de revivir el trauma, de recordar la experiencia olvidada, o aún mejor, de hacerla real, de revivir una vez más su repetición; si fue una relación afectiva temprana, es revivida en un contacto análogo con otra persona. Los efectos pueden ser incorporados al así llamado yo normal y en forma de tendencias constantes le prestan rasgos de carácter inmutable... Las reacciones negativas persiguen la meta opuesta; aquí, nada se debe recordar o repetir del trauma olvidado. Pueden ser agrupadas como reacciones defensivas. Estas reacciones negativas también contribuyen considerablemente a la formación del carácter".

Dentro del problema de consolidación del carácter al final de la adolescencia, los remanentes de los traumas relacionan el presente con un pasado dinámicamente activo, estableciendo esa continuidad histórica en el yo, lo que provoca un sentimiento de certeza, dirección, y de armonía entre el sentimiento y la acción. Esta característica contribuye fuertemente al sentimiento de identidad consolidada.

Una "función restauradora del yo" es típica de la adolescencia tardía, que se asemeja a la del periodo de latencia. A raíz de la maduración yoica y pulsional, los residuos traumáticos pierden, en parte, su valencia negativa, pero continúan requiriendo una contención constante, o sea, hay que seguir teniéndolos en cuenta en el mantenimiento de la homeostasis psíquica. La automatización de este proceso de contención es idéntica a la función del carácter o, más exactamente, a una parte de esta función. Una vez que se ha vuelto parte integral del Yo, el trauma residual deja de alertarlo una y otra vez mediante la angustia-señal: ha pasado a ser un organizador en el proceso de la formación del carácter. El carácter es, pues, equivalente a unas respuestas pautadas frente a situaciones de peligro primitivas o a la angustia señal; en otras palabras, equivale a la conquista del trauma residual, no merced a su desaparición o su evitación, sino a su continuidad dentro de una formación adaptativa. En el trastorno del carácter este proceso se ha descarriado: la estabilización caracterológica se ha vuelto inadaptada. El resultado no puede asegurarse hasta que la adolescencia tardía se estabiliza.

Siempre la deformación temprana del Yo en la infancia, con diferenciaciones incompletas entre el Yo y la realidad, es la razón del fracaso de la adolescencia (síntesis yoica defectuosa); el quiebre aparece, entonces, como la enfermedad limítrofe o la enfermedad psicótica.

El proceso de consolidación se complica, además, por la necesidad que hay en la adolescencia tardía de asignar a objetos de amor y odio en el mundo externo catexis agresivas y libidinales que, originalmente, se fundían en representaciones de objeto. Estos arreglos ego-sintónicos producen estabilidad de actitudes, sentimientos y prejuicios. En circunstancias normales, son la causa de las pequeñas desavenencias, quejas, odios, etc., de las personas; a su vez, son de gran importancia para la economía psíquica. El desarrollo del carácter neurótico, o la formación de síntomas en la adolescencia tardía, representa un intento de "autocuración" después de fracasar en la resolución de fijaciones infantiles articuladas al nivel del complejo de Edipo.

Durante la adolescencia tardía la identidad sexual toma su forma final. La consolidación de la personalidad al fin de la adolescencia trae mayor estabilidad afectiva y conductual del joven adulto. La mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, dan a la personalidad de la adolescencia tardía una calidad más unificada y consistente.

El proceso de delimitación de la adolescencia tardía es llevado a cabo a través de la función sintética del yo. Es una estabilización final del conflicto entre las tres antítesis en la vida mental: sujeto-objeto, activo-pasivo y placer-dolor. Una posición estable con referencia a estas tres modalidades antitéticas se manifiesta subjetivamente como un sentido de identidad. Después de que una relativa fijación ha sido establecida entre las tres antítesis básicas, estas aún variarán en combinación y énfasis, dependiendo de los diferentes roles que el sujeto asuma en la vida. En los roles de madre y de esposa, de sujeto que gana un salario y del que no lo gana, el sujeto persigue diferentes fines que no están siempre en armonía unos con otros; aun así, están relacionados y unificados por un impulso hacia la autorrealización.

## Postadolescencia

Este es el adulto joven. Es la fase que le da armonía a la realización total. En términos de desarrollo del Yo y de organización de impulsos, la estructura psíquica ha adquirido, al final de la adolescencia tardía, una fijación que permite volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad. Esta integración surge de forma gradual. Generalmente, ocurre como preparación para –o como coincidencia con– la selección ocupacional. La integración va de la mano con cumplir activamente un rol social, con el enamoramiento, con el matrimonio, la paternidad y la maternidad.

Uno de los principales intereses del adulto joven es la elaboración de defensas que automáticamente le protejan el balance narcisista. Este logro, desde luego, es asegurado sólo si las necesidades instintivas y los intereses yoicos, con su naturaleza frecuentemente contradictoria, han logrado un balance armonioso dentro de ellos mismos. Esto se completa si el Yo tiene éxito en su función sintética. Los procesos integradores dominan la fase final de la adolescencia, la cual se caracteriza por la consolidación de estos componentes. Blos traza una línea de demarcación entre la adolescencia y la edad adulta, diciendo que la primera ha logrado su tarea y ha sido completada cuando la organización de la personalidad puede permitir la maternidad y la paternidad.

Sexualmente es un período de experimentación con objetos de amor potencial que representan combinaciones de amor degradado e idealizado, sensual y tierno. Del mismo modo, la experimentación con intereses yoicos permite al sujeto elaborar su forma de vida individual, por ejemplo fines materiales versus metas intelectuales; la incertidumbre económica con independencia, contra el empleo seguro con la imposición de reglas y regulaciones.

Durante el período postadolescente asistimos a un aumento de la importancia de la dignidad personal o autoestima en detrimento de la dependencia superyoica y la gratificación instintiva. El *yo ideal* ha tomado posesión de la función reguladora del Superyó y se ha convertido en heredero de los padres idealizados en la infancia. La confianza, antes depositada en el padre, ahora se une al self y todo tipo de esfuerzos son hechos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Una dificultad típica de esta fase es la “fantasía de rescate”. El joven espera que la solución de sus conflictos sea aliviada o eliminada por un medio ambiente favorecedor. En este caso, parece que la dependencia original con la madre, como la aliviadora de tensiones, nunca ha sido abandonada. Este fracaso es responsable de muchas restricciones e inhibiciones yoicas. En términos de formulaciones previas, esta fantasía puede ser considerada como el fracaso de hacer de un trauma residual específico una parte integral de la organización yoica.

En los años que siguen, el postadolescente lleva a cabo una revisión de sus identificaciones rechazadas, provisionales y aceptadas. “El carácter del Yo (Freud, 1923, a) es una precipitación de catexis de objeto abandonadas. Sin embargo, no debe olvidarse que “hay varios grados de capacidad de resistencia, según muestra la extensión en la cual el

carácter de una persona en particular acepta o resiste la influencia de las elecciones de objeto eróticas que ha vivido". El paso final en este proceso, aquel de la aceptación y resistencia a las identificaciones, no se da sino hasta la postadolescencia.

Un aspecto especial de la postadolescencia que merece atención es el esfuerzo continuado de llegar a un arreglo con las actitudes e intereses del Yo parental. Este esfuerzo constituye un paso decisivo en la formación del carácter después de que el impulso sexual ha sido crecientemente estabilizado por su alejamiento de los objetos infantiles de amor y odio. Durante la temprana adolescencia y la adolescencia en sí, el Yo se ocupa, casi exclusivamente, a dominar la ansiedad conflictiva. Como contraste, durante el periodo sucesivo, está en ascendencia la función adaptativa e integradora del yo.

## La Panorámica General

---

Con esto queremos referirnos al proceso, de orden general, que se extiende sin solución de continuidad a lo largo de toda la adolescencia.

Alrededor del tercer año de vida, con el logro de la constancia del self y del objeto, se produce el primer proceso de individuación. Durante la fase de separación-individuación el niño se separa concretamente de la madre a través de llevarla en su mundo interno lo que, poco a poco, facilita su independencia respecto de la presencia física de aquélla, de sus cuidados y afectos permanentes como reguladores de la homeostasis psicofisiológica. En esta separación se forman facultades reguladoras internas que se deben a procesos madurativos, en especial motores, perceptuales, verbales y cognitivos. Blos, propone que se considere la adolescencia, en su conjunto, como segundo proceso de individuación por que lo que en la infancia significa " salir del cascarón de la membrana simbiótica para convertirse en un ser individual que camina por sí solo" (Mahler, 1963); en la adolescencia implica desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global o, simplemente, el mundo de los adultos.

Para ambas individuaciones, se necesitan cambios en la estructura psíquica acordes con el impulso de crecimiento. Si los cambios no se dan, ocurrirán perturbaciones en el desarrollo (psicopatología) que representan los respectivos fracasos en la individuación. Metapsicológicamente diremos que, hasta el fin de la adolescencia, las representaciones del self y del objeto no adquieren estabilidad y límites firmes, o sea, no se tornan resistentes a los desplazamientos de investiduras. Esto hace a la adolescencia un periodo susceptible a la explosión de psicopatologías y formas de socialización únicas y especiales (siendo una de las prominentes la violencia juvenil, que veremos más adelante).

Analizaremos a continuación algunos rasgos que son característicos en la adolescencia y que atraviesan el proceso entero permitiéndonos entender desde una perspectiva psicoanalítica algo más de ella y también de sus procesos sociales.



## Conductas de Acting Out

Lo que hasta aquí hemos expuesto acerca de las estaciones del proceso nos lleva al concepto de elaboración psíquica, ya que, siendo el fenómeno adolescente un proceso de duelo e integración de diversos aspectos dentro del aparato mental, requiere de elaboración; término que Freud utilizó para designar el trabajo realizado por el aparato psíquico para controlar las excitaciones que le llegan y, cuya acumulación, ofrece el peligro de ser patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. Esto puede ser evitado si produce mucho dolor psíquico y, en esta situación, el *acting out* juega un papel importante.

*Acting out* es un término utilizado por los psicoanalistas para describir conductas de carácter impulsivo, que son aislables de las conductas habituales y que, frecuentemente, adoptan una forma auto o heteroagresiva. Al aparecer en el curso de una terapia psicoanalítica estas conductas deben comprenderse en la relación que tengan con la transferencia y, muy a menudo, como una tentativa de desconocerla. Sobre todo, cuando esta amenaza al paciente con sufrimiento psíquico, ya sea por la emergencia de deseos intolerables hacia el terapeuta o por la expectativa de frustración de ellos.

Extrapolando esta actuación intraterapia a la comprensión de las típicas conductas impulsivas, tan a menudo presentes en el perfil del adolescente, entenderemos por ejemplo que, siendo muy doloroso el proceso adolescente, él sea por naturaleza un simulador, es decir que, a través de sus conductas impulsivas niega el dolor que le produciría integrar psíquicamente estas experiencias. No experimenta, en un nivel consciente, por ejemplo, la pérdida de su relación infantil con sus padres. La niega, los desprecia y agrede. Evita el dolor de la adaptación a su nuevo cuerpo sexual que tendrá, obviamente, las deficiencias de lo nuevo, acudiendo a conductas promiscuas sexuales.

Estas actuaciones, sin embargo, pueden ser normales y lo son cuando son transitorias y autolimitadas, utilizadas para dosificar, en cierta forma, el lento proceso de la elaboración. Seguramente esto es lo que le sucede a la mayoría de los adolescentes. Otro grupo manifiesta este tipo de actuaciones en forma crónica y no limitada.

¿Porqué estos dos grupos? Janine Chasseguet Smirgel opone a la elaboración psíquica el proceso contrario que es la evitación de esta elaboración. Describe dos caminos para lograr el ideal del Yo, o sea el proyecto del Yo, lo que el Yo quiere llegar a ser y que se lograría en el proceso evolutivo, al final de la adolescencia, mediante la integración y la elaboración ya descrita. Los dos caminos persiguen el mismo objetivo, que es llegar a ser el objeto de la madre, o sea el padre, para cumplir el acto incestuoso en algún punto del futuro. Ella define, eso sí, el deseo incestuoso no naciendo sólo del deseo sexual, sino que encendido, básicamente por el deseo fundamental de retornar a los orígenes de uno mismo, a la unión simbiótica con la madre universal.

La ruta larga corresponde a la integración de todos los estadios de la evolución hacia el complejo de Edipo y la genitalidad. En la ruta corta se evita la evolución, es decir, el lento y doloroso proceso de maduración e identificación con el padre. La ilusión aquí es que se

puede evitar la evolución. Hay ausencia de idealización del padre, antecedente fundamental para tomarlo después como modelo. La madre, en esta ruta participa haciendo creer al niño que, aunque pequeño, no tiene nada que envidiarle al padre, ya que él es capaz de ser un adecuado partner sexual para ella. Este esquema lleva a la perversión, que es una forma de *acting out*, ya patológico, es decir crónico y no limitado. La sexualidad perversa se acompaña siempre de cuadros como las adicciones y la delincuencia (caracterizados por conductas de *acting out*). En estas alteraciones hay una persistente falta de elaboración psíquica durante los tratamientos psicológicos, elaboración que evaden, justamente, por medio del *acting out*. Volveremos a esto cuando tratemos la violencia juvenil.

## **Vergüenza y humillación en la adolescencia**

La vergüenza es una experiencia emocional displacentera que implica una disminución aguda de la autoestima. Se define también como una forma específica de ansiedad evocada por el peligro inminente de verse expuesto, sin esperarlo, a la humillación o rechazo.

El darse cuenta de ser débil, ineficiente, incapaz de lograr cosas es la semilla de sentimientos de inferioridad que evocan vergüenza y humillación.

La necesidad del adolescente de cumplir con las tareas importantes ya descritas, sin contar todavía con las herramientas necesarias, lo hace vulnerable, casi constantemente, a sentimientos de vergüenza y humillación. Le cuesta adaptarse al cuerpo nuevo, a sus genitales que crecen, a sus olores que cambian. Duda permanentemente de sus capacidades para cumplir con las expectativas que él mismo o los demás han puesto sobre él. Trata de lograr éxitos en todos los ámbitos. Al fracasar, su autoestima cae. Se siente humillado. Los más perturbados no logran jamás la integración del sí mismo en el cuerpo físicamente maduro. La vergüenza se hace crónica en ellos. En términos más generales podemos definir la función de la adolescencia como el establecimiento de lo que Freud llamó: "la organización sexual final", esto quiere decir, una organización que desde el punto de vista de la representación corporal, debe ahora incluir los genitales físicamente maduros. Al final de la adolescencia se establece la identidad sexual: una representación consolidada del sí mismo como un ser sexual que ya es irreversible.

La patología del adolescente puede definirse como un quiebre en el proceso de integrar el cuerpo, físicamente maduro, como imagen mental con la representación del sí mismo. En este sentido, la visión y relación distorsionada del adolescente con su cuerpo se expresará a través del odio o la vergüenza o la furia con el cuerpo sexual.

Los padres, por otro lado, a través de miradas, frases, bromas o un interés marcado por el desarrollo genital de sus hijos despiertan muy a menudo la vergüenza inicial del adolescente por su adecuación sexual. Todas estas son injurias narcisísticas que requieren de continuas medidas reparatorias. Es en este contexto que la autoestima intenta restaurar los sentimientos de felicidad infantil mediante un engrandecimiento narcisístico compensatorio. Este estado narcisístico del self es, por regla, intensamente competitivo: "soy más grande que tú, soy mejor, el mejor". Este tipo de comparaciones son fácilmente

usadas con propósitos de competencia agresiva, ya que el proceso de autoadmiración envuelve desprecio a los demás, incluso puede llevar a la violencia juvenil.

## **Estructuración del Superyó adolescente**

El Superyó maduro, impersonal, despersonalizado, con su código abstracto de valores, ideales y mandatos, no se ha formado en el momento de iniciación de latencia. Las fuerzas del Yo, junto a la capacidad de pensamiento abstracto que se requieren para esta fase avanzada del desarrollo del Superyó, deben haber trascendido la obediencia ciega a las autoridades y a sus reglas, características de las primeras fases del juicio moral.

Aún cuando las identificaciones tempranas del Superyó permanecen, las modificaciones subsecuentes durante la adolescencia son de gran importancia para el desarrollo final de la personalidad. Los cambios surgen de la búsqueda de nuevas figuras de identificación y de nuevos valores que, al ser confrontados con los previos, darán nacimiento a valores y mandatos más propios y personales.

La existencia de un Superyó integrado, con capacidad de dedicación a valores éticos, de búsqueda de ideales, sean de tipo estético, ético, religioso, político o en el plano del amor y, naturalmente, la ausencia de tendencias antisociales, nos indican normalidad.

Un adolescente puede estar en rebelión contra todos los valores de su familia, pero si tiene su escala de valores propios e integrados, esto indica un funcionamiento normal del Superyó. Es una función normal que el Superyó se reorganice, reintegre su sistema de valores aceptando, sólo al final de la adolescencia, la integración de ternura y sexo que antes estaba totalmente vedada y prohibida. Durante este proceso puede producirse un caos en la sexualidad. Pero de todas maneras el adolescente que es capaz de enamorarse y tener una integración entre lo erótico y lo tierno, nos da la sensación de desarrollo hacia la maduración.

Incluso, en un adolescente con graves problemas en la esfera sexual, si al mismo tiempo tiene integración de valores en los otros campos, y una capacidad de verse en profundidad a sí mismo, a las figuras parentales y a las personas más importantes que lo rodean, pensamos ahí en una identidad normal; a pesar de crisis de identidad en contraste con patología grave adolescente: la estructura límite y/o narcisista del adolescente, en las que encontramos lo que es típico para las difusiones de identidad o sea falta de integración del concepto de sí mismo, incapacidad de una visión en profundidad de los demás. Esto se puede establecer en un examen de rutina psiquiátrico o psicológico, en unas pocas reuniones.

Lo más importante es que los adolescentes, en contraste con las presunciones de los escritos psicoanalíticos antiguos, son muy normales, como lo han demostrado muchos estudios psiquiátricos y sociológicos en Estados Unidos y en Europa. Los estudios clásicos de Masterson demuestran que los adolescentes que realmente tienen difusión de identidad van a seguir con ella a través del período de adultos.

## **Alienación, crisis de identidad y procesos grupales adolescentes**

Meltzer describe cuatro comunidades diferentes: la del niño en el ámbito familiar, la del mundo adulto y la de los adolescentes. Como el adolescente debe decidir entre aceptar transitoriamente la identidad de ser un simple adolescente en la comunidad de los mismos, o bien, ser un individuo aislado que se ha hecho solo y que tiene una misión única en el mundo, una misión grandiosa, este último, el adolescente aislado, representa la cuarta comunidad.

El individuo está en constante movimiento de progresiones o retrocesos entre estas cuatro posiciones: regresando hacia una posición infantil, avanzando hacia una adulta, pasando al mundo de la adolescencia, hacia una posición de aislamiento o retornando al núcleo familiar. Cada participación suya, en una de estas cuatro comunidades separadas, se manifiesta con estados de la mente aislados entre sí. Se siente atormentado, que nadie puede ayudarlo y que debe arreglárselas solo. Ahí busca encontrar en el pasado una identificación con los padres originarios unidos, en el sentido de su capacidad de conocer y de hacerlo todo. Si tiene la sensación de que busca avanzar y hacerse potente, un individuo que conoce todo y que puede controlar al mundo adaptándolo a sí mismo, trata de encontrar también su camino hacia atrás, hacia alguna cosa que ha abandonado durante el período de la latencia, en el momento de la crisis del complejo de Edipo a la edad de cinco o seis años.

El joven vive todo esto de manera extremadamente confusa (crisis de identidad) y encuentra su camino hacia adelante actuando en el mundo externo a través de las relaciones sexuales, aprobando sus exámenes, trabajando, ganando dinero, etc. Encuentra su camino hacia atrás soñando, interesándose por el arte y la literatura; enfrentando problemas relativos al desarrollo cultural de la comunidad, en la política considerada en sentido abstracto, en el ideal adolescente del tipo de mundo que él querría contribuir a crear. Por todo esto, el adolescente se encuentra muy escindido: de un lado la envidia, el egocentrismo, la ambición, la falta de piedad, que lo llevan a la independencia; del otro, el altruismo, el preocuparse por los demás, la emotividad, la sensibilidad, que lo llevan hacia atrás, hacia las artes, la literatura y las relaciones íntimas.

La decisión de ir hacia adelante o volverse hacia atrás, tiene relación con el dolor mental: ¿debe ser cruel para tener éxito en la vida, produciendo sufrimiento a los otros, o bien debe ir hacia atrás y soportar él mismo el sufrimiento?

El mundo adulto, es para el adolescente, es, sobre todo, una estructura política: los adultos son vividos como si tuvieran el control del mundo y esto no se debe tanto al conocimiento y a la capacidad, sino a la posesión de una organización de tipo aristocrática, que tiene como fin principal preservar el poder contra cualquier intromisión. El adolescente tiene, por lo tanto, la sensación de que los adultos son todos estafadores, hipócritas, y en posesión de algo que ellos nunca han dispuesto: el derecho de tener. De allí, deriva la concepción de que los niños están en la posición de esclavos o en la ilusión de que los padres lo saben todo y pueden hacerlo todo. El adolescente se siente parte de la comunidad de los adolescentes que se ubica entre entre las otras dos clases y, por lo tanto, se ubica en una posición de desprecio en relación a los adultos y a los niños.

La confusión, el dolor mental y la sensación subjetiva de alienación, contribuyen todas a los problemas que el adolescente vive con su identidad. Identidad es la integración del concepto de sí mismo con el de las representaciones significativas de los demás. Se produce –a raíz de esta integración– una representación de un sí mismo continuo a través del tiempo, a través de situaciones distintas, lo que le permite a uno tener una sensación subjetiva de permanencia a través del tiempo y del espacio.

La alienación que veíamos como una experiencia normal adolescente, que lo motivaba a establecer los grupos heterosexuales tempranos (comunidades adolescentes de Meltzer) y, posteriormente, a romper el grupo tardío cuando se establece la pareja y siente que este grupo lo limita en su desarrollo, tiene también una dimensión patológica, típica del adolescente con patología grave del carácter y difusión de identidad. Cuando este adolescente es obligado a dejar el grupo porque todos están abandonándolo, se enfrenta a la incapacidad de adaptarse al nuevo mundo, primero de la adolescencia tardía y luego de la adultez.

La solución para este adolescente es la participación en grupos estables, homogéneos, que mantienen la cultura de la adolescencia temprana hasta la adultez.

## **Desde la panorámica hacia lo social: ¿violencia juvenil?**

Es raro el día en que los jóvenes no constituyen noticia en las páginas de la prensa con conductas violentas que abarcan, desde juegos que terminan en accidentes con auto o heteroagresión, pasando por la violencia, cada día más alarmante, de fiestas de recepción universitarias y la violencia de los distintos grupos organizados (raps, punkys y otros) hasta conductas abiertamente homicidas y delictuales y actuaciones en movimientos políticos violentistas radicalizados.

Intentaré la comprensión de este problema social con algunos aportes psicoanalíticos que no pretenden ser ni los únicos que esta disciplina puede hacer, ni tampoco ser totalizantes en la comprensión del tema. Más pensamientos psicoanalíticos, y otros provenientes de otras ciencias, fundamentalmente sociales y psicológicas, podrán dar forma y plenitud a la caleidoscópica multicausalidad del tema que estamos tratando.

Ser adolescente no es fácil. Sólo basta pensar en las tareas que debe enfrentar el ser humano en esta etapa de su desarrollo, que se realizan en medio de una situación de duelo permanente por las diversas pérdidas que debe enfrentar: de su cuerpo infantil, de su identidad infantil, de la relación con los padres de la infancia, para dar la dimensión de la dificultad de ser adolescente.

Por el lado de los padres, ellos sufren, a su vez, los mismos duelos que sus hijos. Son juzgados en forma implacable por ellos, deben abandonar la imagen idealizada de sí mismos, en la que estaban cómodamente instalados, aceptar el devenir, el envejecimiento y la muerte. El choque es inevitable, más aún si la situación descrita es negada por unos u otros, o por ambos.

Se produce en el adolescente un aumento en la cantidad y una modificación en la calidad de los impulsos que de pregenitales se hacen genitales. Trata de controlarlos mediante un incremento del sistema defensivo que se ve, por lo tanto, sometido a una excesiva tensión por lo cual a menudo fracasa, produciéndose así los típicos estallidos incontrolados de actividad impulsiva. Expuestos a nuevos dolores por estos fracasos del sistema defensivo prefieren “actuar” en vez de “sentir”.

La genitalización de los impulsos y las frecuentes regresiones adolescentes los exponen a más dolores y peligros, ya que los impulsos se pueden dirigir a los viejos objetos de amor: padres, hermanos, hermanas. Se defienden apartándose de ellos. O se muestran indiferentes frente a los padres, negándoles toda importancia, ya que es más fácil prescindir de aquellos a quienes menospreciamos o se muestran insolentes y rebeldes frente a ellos y las creencias y convenciones que ellos representan. Como deben buscar substitutos, en el lugar de los padres colocan un líder (un profesor, un político o un filósofo) o, más frecuentemente, uno de su misma generación. Lo importante es que sea totalmente distinto a los anteriores.

Desde la visión panorámica de la adolescencia ya descrita, pienso que el psicoanálisis puede colaborar con la comprensión del problema de la violencia juvenil.

- a. Pensamos que el adolescente violento se recluta en aquel grupo en el que la elaboración del proceso de integración es evitada a través de la no elaboración. Chasseguet Smirguel postula la existencia de una matriz arcaica del complejo de Edipo que sería genética y que se representaría por la existencia de un deseo primario de descubrir un universo, sin obstáculos, identificado con un abdomen materno despojado de sus contenidos. Es la oposición a la situación que se vive después del nacimiento. En este esquema, la realidad sería los obstáculos a la accesibilidad del cuerpo materno, o sea el padre, su pene, los niños. Estos deben ser destruidos. Representaciones de este deseo que se opone y entra en conflicto con el desarrollo, la evolución, la integración y las condiciones de vida post natal, en su suma total, las encontramos en mitos, ideologías y utopías que pretenden la total destrucción de la realidad. También, a veces, en la política que, en su acción acude –en algunos momentos– a asesinatos masivos e incluso al genocidio. En la clínica encontramos a los perversos, borderlines y algunas enfermedades psicosomáticas. Nosotros agregamos al adolescente que, ya sea fijando o regresando para evitar el dolor del desarrollo y la evolución, comparte con otros la fantasía grupal de un mundo sin obstáculos, a través de la destrucción de la realidad como sinónimo de tales obstáculos, dando forma a lo que se ha denominado la violencia juvenil. Esta constituiría un intento de recrear ese mundo paradisiaco donde no existen obstáculos a la fusión, ni diferencias terroríficas como las sexuales y generacionales.
- b. La vergüenza adolescente ya descrita también contribuye a la violencia juvenil, ya que es claro que entre la variedad de necesidades que un agresor puede manifestar, la necesidad de compensar sentimientos de humillación puede ser crítica en determinar su conducta. La vulnerabilidad de la autoestima del adolescente y la necesidad de reparar estas injurias mediante actos violentos, sirven como un punto más de apoyo

para su comprensión. Desde una mirada social, los medios de comunicación de masas contribuyen a estas ansiedades con su énfasis excesivos en normas poco realistas que exaltan los cuerpos ideales y descalifican a los que se apartan de estas normas.

- c. Contribución del Superyó: La pregunta que debemos formularnos en este punto es si la sociedad moderna ofrece valores y figuras de identificación que pudiéramos considerar positivas para nuestros adolescentes. Es claro que los efectos de identificaciones adolescentes con un medio social que no provee valores estables, que cada día se enajena más con fanatismos acentuados y crueldad, que muchas veces apoya la inmoralidad, unido a la internalización de la agresión, pueden llevar a la alienación, al retiro y aislamiento o a la radicalización y revolución, o también a la violencia juvenil. Aquí será el adolescente más perturbado el que caerá fácilmente en las conductas más violentas.
- d. En este punto, intentaré una comprensión del problema de la violencia juvenil desde la perspectiva de organizaciones grupales. Ya hemos comentado cómo el niño, en el período de latencia experimenta una desilusión respecto de sus padres, en particular en relación a su teoría de ellos lo saben y lo pueden todo, y cómo descubre que no saben hacer nada. Esto lo empuja a un estado de casi total confusión que pone fin a la teoría que tenía durante el período de latencia: si se portaba bien, los padres le revelarían todo lo que sabían. El niño llega a la conclusión de que los padres, no sólo no lo saben todo, sino que apenas saben algo y, no obstante, pretenden saber con el fin de mantener un tipo aristocrático de tiranía sobre todos los niños del mundo. Entra entonces a formar parte de la comunidad de adolescentes que es, fundamentalmente, rebelde y que tiene el objetivo de adueñarse del poder. La manera con que busca hacerlo es tratando de tener éxito, ganar dinero, obtener poder, influencia, etc. En esa posición, que es normal y que tiene beneficios para él, ya que le evita el dolor de la alienación, puede llegar a ser cruel y a no tener piedad por sus semejantes, lo que lo puede colocar en posiciones muy violentas para conseguir sus fines. Habitualmente esto es contrarrestado por otra posición de estos adolescentes, más regresiva, de búsqueda de valores, del arte, de principios ideológicos y políticos, de la bondad y la solidaridad. La primera de estas posiciones nos explica en parte la violencia de los jóvenes y, además, es punto de partida de graves patologías que sufrirán aquellos que no pueden salir de ella y que permanecen eternamente apegados a estos grupos adolescentes. Los más graves se unen a grupos establecidos alrededor de una ideología con características primitivas que crean en este adolescente la estabilidad artificial externa, que lo protege contra la alienación como síntoma. Viven a su grupo de pertenencia de una forma excesivamente represiva estando detrás la fantasía del grupo como una madre que lo da todo, en que todos son iguales y no existe ningún problema.

Los elementos comunes en este tipo de ideología primitiva son:

- Sometimiento total del individuo al grupo.  
División absoluta del mundo entre amigos y enemigos.

- Deshumanización del enemigo, que puede ser muerto, torturado, secuestrado.
- Intolerancia a la vida privada de la pareja.
- La ideología es más importante que el individuo.
- De este tipo de grupos, pensamos se reclutan los adolescentes que más violencia pueden producir.



## Capítulo 18

### TRAUMATISMOS SEVEROS Y SU IMPACTO EN LA PERSONALIDAD

---

◆◆ M<sup>ª</sup> Isabel Castillo / Ximena Tocornal / M<sup>ª</sup> Paz Vergara

*“Nada de lo que haya sido retenido podrá permanecer completamente inaccesible a la generación que sigue o a la ulterior. Habrá huellas, al menos en síntomas que continuarán ligando a las generaciones entre sí...”.*

S. Freud ( 1913), *Totem y Tabú*

La violencia está en el pasado, está en el presente y se proyecta hacia el futuro. Se ejemplifica con la violencia política que fue ejercida por agentes del estado, que se instauró en nuestro país entre los años 1973-1990, creando sufrimientos, muertes y desapariciones de personas. El dolor que esto ha provocado durante muchos años en las víctimas y en sus familiares, ha sido un espacio acallado, con poquísimas voces, sin ecos, y sin respuestas colectivas que aceptaran los hechos acaecidos. Y, más aún, sin evaluar cómo estas situaciones de violencia eran traumatismos severos que tendrían impactos en la personalidad de los sujetos.

El dolor que acompaña a la violencia política involucra un pasado alcanzado por la orfandad del tiempo, donde no se respetan las leyes, donde se acalla la historia, donde no se pueden imaginar otras alternativas, donde existe el silencio de toda invención de expectativas, donde existe un dolor sin arraigo y sin tiempo.

Como señala Käes (1986) aquellas situaciones –traumatismos severos– de la categoría de lo impensable, son “del orden del vacío, del desecho, del hueco, de la herida”. Se refiere a ciertas percepciones capaces de despertar emociones que no pueden ser traducidas en palabras, que permanecen en su estado inicial, ligadas a la realidad, a lo concreto por un lado, al vacío, a la falta de límite y a la repetición por otro.

“Aceptar la categoría de impensable equivale a tolerar la existencia en la mente de un espacio no cognoscible, de otro cuya transformación en palabras produciría la locura y la

muerte, y además de un existente fuera del yo en el cual está inmerso sin poderlo conocer. Esto equivale a formar parte de una estructura en un estado de inermidad a merced del exceso de la violencia proveniente de afuera, de un no yo, el contexto social, sin poder semantizar" (Käes,R.,1986).

La violencia social la entendemos como "la irrupción de contenidos y significados que no pueden ser abarcados ni semantizados por la mente, tanto por su carácter traumático, como por el contenido paradójico de los mensajes. Puede ser ejercida, insidiosamente o bruscamente, llevando por distinta vía a quien la sufre, a una grave perturbación de los procesos de pensamiento y de los mecanismos identificatorios. A nivel del pensamiento promueve una interrupción de la capacidad de pensar, obnubilación o delirios. Los mecanismos de defensa son del orden de la desmentida, de la negación o del clivaje. Opera destruyendo los puntos de referencia constitutivos de la identidad social del sujeto, utilizando métodos que vehiculizan confusión, sufrimiento prolongado, humillación y desamparo. El terrorismo de Estado atacó las reglas y normas institucionales atingentes al código societario y a toda acción social que cuestionara el discurso del poder. Intentó anular los grupos de pertenencia" (Puget,J.,1986).

Hay ciertos estados emocionales referidos a la amenaza, a la tortura, al desaparecimiento que, tal vez, nunca puedan ser traducidos en palabras y formarán parte de lo impensable, estos son los traumatismos severos. Pero otros, en cambio, en un contexto adecuado, podrán encontrar un marco para su transformación y semantización.

El Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, ILAS, ha definido como traumatización extrema aquel proceso que da cuenta de un tipo de traumatización específica, que ocurre en dependencia de acontecimientos socio-políticos. Se caracteriza por su intensidad, permanencia en el tiempo y por la interdependencia que se produce entre lo social y lo psicológico. Es un tipo de traumatización, que desborda la capacidad de la estructura psíquica de los sujetos y de la sociedad de responder adecuadamente a este proceso. Su objetivo es la destrucción del individuo, sus relaciones interpersonales, su conciencia de clan y su pertenencia a la sociedad. La traumatización extrema está marcada por una forma de ejercer el poder en la sociedad, donde la estructura socio-política se basa en la desestructuración y el exterminio de algunos miembros de esta misma sociedad por otros de sus miembros. El proceso de traumatización no está limitado en el tiempo y se desarrolla en forma secuencial (Becker,D.,Castillo,M.,1993).

El concepto de "traumatización extrema" permite plantear el trauma como un proceso histórico y así entender la vinculación entre la violencia y la subjetividad. Para explicar el impacto de los traumatismos severos en la personalidad, es necesario remitirse a la constitución del sujeto.

En el psicoanálisis, la noción del sujeto remite, desde su origen, a una escisión, a una ruptura, hay un algo que se separa de sí mismo y genera alteralidad. La subjetividad apunta a la alteralidad y al vínculo que une al sujeto y al objeto en un proceso dialéctico. La alteralidad es constituyente de la subjetividad, porque el sujeto se constituye en la presencia de un otro, de un objeto. La subjetividad es producto de la historia.

Winnicott (1965) propone un modelo vincular, dialéctico, para pensar al sujeto, y señala que el hombre es básicamente un ser dependiente de lo que denominó el medio ambiente facilitador. Esta dependencia fundante, lo enfrentará al riesgo personal del sometimiento, del fracaso, de la patología, hallando, en el otro extremo, la potencialidad de una vida personal independiente y creativa. Las fallas del medio ambiente facilitador pueden constituirse en trauma dependiendo tanto de la intensidad, como del tiempo en el que ocurren; o pueden permitir un desarrollo hacia la independencia del sujeto.

La pregunta de este trabajo es: ¿Cuál es el impacto que se genera en la constitución del sujeto –la personalidad de los adolescentes– que en su primera infancia estuvieron sometidos a traumatismos severos?

Para responder a esta pregunta se analizaron viñetas correspondientes a procesos terapéuticos de jóvenes que sufrieron traumatismos severos. Estos adolescentes (segunda o tercera generación de las víctimas directas de violación de derechos humanos), han sufrido la violencia política en su primera infancia o en su periodo gestacional, ya que aún no habían nacido. Sus padres o abuelos sufrieron diversas situaciones que se pueden tipificar por el hecho represivo (desaparición forzada, ejecución política, tortura, detención por período prolongado, relegaciones, exilio).

En algunos casos, hubo padres que se entregaron a los represores con la esperanza de proteger a sus familias, como fue el caso de niños canjeados por sus padres, niños detenidos para que sus padres se entregaran, o padres que no escaparon y permanecieron en sus hogares sabiendo que serían detenidos o allanadas sus viviendas con la presencia de sus hijos. Algunos de estos niños estuvieron por períodos prolongados a cargo de parientes, amigos o vecinos, mientras sus padres fueron detenidos.

El exilio complejizó la situación de los niños, ya que se sumó a la situación traumática de la detención, desaparecimiento o ejecución de uno o ambos padres. La familia, en la mayoría de los casos monoparental, vivió el desarraigo inserta en una cultura, muchas veces ajena, y con un serio aislamiento social por el desconocimiento del idioma. Aquellos que permanecieron en el país vivieron el aislamiento producto del estigma social y del miedo adscrito a la condición de familiares de personas perseguidas por el gobierno militar.

La desaparición de uno o ambos padres, generalmente ocurrió en la temprana infancia de los jóvenes o durante el embarazo de la madre. Lo más común fue la desaparición o la muerte del padre, quedando la madre a cargo de los hijos. Los niños no siempre fueron informados de la situación de sus padres, instaurándose una suerte de acuerdo invisible, a partir del cual, el niño no hacía preguntas que pudieran angustiar a la madre. En este sentido se dieron muchos casos de niños que vivieron una dualidad radical entre el mundo familiar y su inserción social en la escuela, donde era necesario ocultar su historia como una forma de protección.

Algunos de estos adolescentes, años después, intentaron reconstruir la historia de sus padres con varias dificultades por las explicaciones ambiguas y contradictorias de sus familiares.

Los aportes de Winnicott permiten tener elementos de análisis para explicar lo que sucede a estos adolescentes. Winnicott señala que en la etapa de la dependencia absoluta del bebé, la madre se involucra, de tal forma, que permite que en su subjetividad tenga lugar la del bebé (al vivenciar las necesidades de éste como propias) y, al mismo tiempo, mantiene su propia subjetividad para poder funcionar como intérprete de la experiencia del bebé y, así, hacer que su alteridad sea sentida, pero no tomada en cuenta.

La intersubjetividad que subyace a “la preocupación materna primaria” implica una forma temprana de la dialéctica del ser uno y ser dos; la madre es una presencia visible–invisible y, sin embargo, sentida.

En esta etapa, el bebé se convierte en una unidad, y siente que el *self* es una totalidad con una membrana limitante, con un adentro y un afuera. Los límites corporales del *self* se construyen por las experiencias de contacto del cuerpo del bebé con el cuerpo de la madre, dentro del marco de una relación de dependencia. Participan, del lado del bebé, las capacidades innatas, su tendencia hacia el crecimiento y el desarrollo; y, del lado de la madre, su capacidad para adaptarse a las necesidades del bebé. Se trata de una comunicación en términos de anatomía y fisiología de los cuerpos vivos.

En este período de juego dialéctico entre lo interno y lo externo, puede ocurrir el trauma que, al principio, implica un derrumbe en el ámbito de la confiabilidad del ambiente previsible, en la etapa de la dependencia absoluta. Dicho derrumbe se manifiesta en una falla o en una falla relativa, en la instauración de la estructura de la personalidad y de la organización yoica (Winnicott, D., 1967).

Con la idea de trauma se quiere significar una experiencia para la cual las defensas yoicas fueron insuficientes en la etapa del desarrollo emocional. El trauma es “una intrusión del ambiente y una reacción del individuo previa al desarrollo en el sujeto de los mecanismos que vuelven predecible lo impredecible. Después de las experiencias traumáticas se organizan las defensas, pero en el milésimo de segundo anterior a ello el individuo ve quebrada su continuidad existencial...” (Winnicott, D., 1967).

Por “intrusión”, Winnicott se refiere a aquello que rompe la continuidad del “ser” del infante. El origen de la intrusión es esencialmente del ambiente; sin embargo, aquella puede ser traumática o fortalecedora. Si el niño está adecuadamente protegido, si posee un soporte yoico lo suficientemente bueno, entonces, gradualmente aprenderá a hacer frente a las intrusiones, lo que resultará en un fortalecimiento de su *self*. Pero, si la intrusión es demasiado temprana o muy intensa, el resultado será traumático.

En su estudio de la psicosis, Winnicott, define la existencia de ansiedades impensables o agonías primitivas (desarmarse en pedazos, caer para siempre, perder la relación con el cuerpo, perder toda orientación). Estas ansiedades son impensables porque no pudieron ser pensadas, recogidas como experiencias, ni integradas y surgieron a través del trauma. Las experiencias traumáticas que llevaron a la organización de defensas primitivas han sido una amenaza a la parte nuclear e incomunicada del *self*, aquella que el individuo necesita mantener siempre resguardada. Así, la defensa consiste en esconder aún más el *self* verdadero.

La experiencia traumática interrumpe el “seguir siendo” por una obstaculización de los procesos integradores que en condiciones favorables conducen al establecimiento de un self que “sigue siendo”, que logra una existencia psicósomática y que desarrolla la capacidad para relacionarse con los objetos. Winnicott describe una forma de relación objetal en la que el bebé tiene la experiencia simultáneamente de crear el objeto, y al mismo tiempo de ser descubierto por él. Es un objeto subjetivo (creación omnipotente del bebé) y la primera posesión “no-yo” (Winnicott, D., 1957). “La característica esencial es la paradoja y la aceptación de la paradoja que el bebé crea el objeto, pero el objeto estaba allí esperando ser creado” (Winnicott, D., 1968).

Si la madre estuviera ausente, –como es el caso en la mayoría de los adolescentes con traumatismos severos– sería imposible para el bebé generar las condiciones necesarias para emerger como sujeto, en el sentido en que lo hace el concepto de la creación de los fenómenos transicionales. El bebé requiere de la experiencia de intersubjetividad en el ser de la madre, la que se experimenta simultáneamente como extensión de sí y como otro respecto de sí. Sólo más tarde podrá el infante hacer propia esta intersubjetividad al desarrollar “la capacidad de estar solo” (Winnicott, D., 1958) esto es, la capacidad de ser un sujeto independiente de la participación real de la subjetividad materna.

Es probable que si ha sucedido una situación traumática –traumatismo severo–, el bebé no sea capaz de lograr la capacidad para el uso del objeto, como la preocupación por el otro. Como señala Winnicott (1965) “el trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible, y del odio que genera en el individuo, odio hacia el objeto bueno, que no-se experimenta como odio sino, en forma delirante, como ser odiado”.

El efecto del trauma en el sujeto dependerá tanto de la etapa del desarrollo emocional en que esto ocurra, como de su intensidad. Si la situación traumática se da en la etapa de la dependencia absoluta sucederán las angustias primitivas, el falso self patológico. Pero, para que el bebé logre pasar a la dependencia relativa y a la independencia, es necesario que la madre pase de “dar al niño la oportunidad de una experiencia de omnipotencia, a una adaptación de la madre como una falla adaptativa gradual, y esto desembocará en la función familiar de introducir gradualmente el principio de realidad para el niño” (Winnicott, D., 1965) y posibilitar que se genere una tercera área de la experiencia: “el lugar donde vivimos” (Winnicott, D., 1971).

## **La identidad de los adolescentes**

---

El proceso de crecimiento e individuación de los adolescentes implica poder diferenciar el mundo interno propio del mundo externo, desarrollar la capacidad para distinguir los propios sentimientos, percepciones, expectativas, exigencias e ideas de las ajenas. Cuando el proceso de individuación es adecuado, los hijos desarrollan la capacidad de construir un sistema de aspiraciones propias, incluso frustrando algunas expectativas de los padres, y los padres desarrollan la capacidad de tolerar esa frustración. Una alteración de este proceso lleva a una fusión simbiótica, o a una oscilación entre ambos.

Los adolescentes –la segunda o tercera generación de las familias que experimentaron directamente la violencia política– están delegados a mantenerse ligados a un sistema relacional, a una estructura familiar que se organiza alrededor del duelo no elaborado y que, por lo tanto, impide cualquier tipo de autonomía o diferenciación. En otras palabras, se puede decir que el proceso de individuación y formación de identidad en los hijos de familiares afectados por la represión política está distorsionado por el trauma (falla ambiental) que sufrieron en su primera infancia y por la incorporación del “duelo encapsulado” (Maldonado, I., Troya, E., 1988) definido como un fenómeno en el cual la realidad externa no permite que se realice el proceso de duelo, ya que las exigencias externas son tantas que no hay lugar ni espacio para llorar a los muertos o a lo que se perdió. El trabajo de duelo se estanca y aunque el sujeto sabe qué o a quién perdió, está substraído de la conciencia todo lo que se perdió con el otro, es decir, el significado de la pérdida. Como retorno de esta situación reprimida aparecen síntomas. A nivel individual se presentan cuadros depresivos que se caracterizan como duelos represivos, ya que no hay rasgos melancólicos en la personalidad previa y porque no se detecta una intensa ambivalencia con respecto al objeto perdido.

En un número significativo de jóvenes –durante la adolescencia– aparecen por primera vez conflictos abiertos entre padres e hijos, adecuados desde la perspectiva de la individuación, pero difícilmente tolerados por los padres, que desarrollan fuertes críticas y descalificaciones a sus hijos, con la intención de mantenerlos ligados simbióticamente como una forma de no enfrentar la situación traumática y la elaboración del duelo, los sentimientos de vacío y de pérdida que necesariamente se reactualizan con la separación de sus hijos.

Como consecuencias de las situaciones vividas, en los adolescentes es posible observar una conducta sobreadaptada, tanto en el lenguaje que utilizan, en su apariencia física, o en la forma de describir sus conflictos, como en la manera que enfrentan sus proyectos de vida y su cotidianidad.

Las fallas del medio ambiente, en su rol de mediador de las necesidades infantiles, las han intentado compensar con un fuerte sentimiento de omnipotencia. Los jóvenes han crecido rápidamente, son responsables, maduros y se han convertido en los protectores de sus padres. Desde la perspectiva de Winnicott (1950), esta conducta se puede definir como “falso self”, ya que corresponde a una “organización defensiva en la cual se asumen prematuramente las funciones de cuidado y protección maternas, de modo tal que el bebé o el niño se adapta al ambiente del par que protege y oculta su verdadero *self* o fuente de impulsos personales”. De esta manera, los adolescentes responden a las expectativas de la familia y del contexto, pero no a sus propias necesidades;

“...necesito un espacio para aclararme y ordenarme, he vivido una vida falsa y quiero encontrar mi identidad real”.

“Me gustaría liberarme, encontrarme a mi misma... me siento vieja, siento nostalgia de ser niña y adolescente. Siento nostalgia de algo que no existió, quisiera no haber sido tan seria, me hubiera gustado ser más divertida,

menos estructurada... me dio mucho susto verme 'presa', estructurada en una relación, vieja para siempre, responsable, más fuerte de lo que soy, siendo como no quería ser. Yo quiero reírme, bailar, cantar, tener mis 18 años, quiero sentirme joven y viva” .

En este mismo sentido, los jóvenes intentan adaptarse a su entorno inmediato, pero se sienten en desventaja. Para sentirse integrados y aceptados por el grupo, están siempre pendientes de las necesidades de los otros, oyéndolos y acompañándolos cuando lo necesitan, empatizando con sus problemas y angustias. Pero, mantenerse permanentemente en esta actitud es muy difícil. En la relación con los pares se repite, entonces, la historia de ser excluidos, de no pertenencia y de la función, desde el “ falso self ”, de ser “ padres de los niños abandonados ” (padres, hermanos, amigos) tomando el rol de la ‘madre deseada’, que contiene y satisface las necesidades, proyectando su propio abandono en los demás;

“ ...me siento tan diferente, mi historia es tan complicada, nadie la entendería, me siento sola en desventaja. Por eso me da por estar siempre pendiente de las necesidades de los otros, organizar fiestas y salidas, hacer chistes, y estar siempre alegre” . El haber vivido una historia familiar distinta a otras familias, por la experiencia represiva sufrida y al tomar un rol que intenta responder todo el tiempo a las expectativas y exigencias de los otros (tanto de su familia como de su entorno más cercano), hace que los jóvenes se vean a sí mismos como diferentes, ubicándose en un lugar alejado, distante desde donde observan sus propias experiencias” .

“ Me sentí rara, como espectadora, mirando desde fuera... como si a mí no me hubiera pasado. Me miro en las vitrinas y me desconozco, me asusto de mi misma. Me encuentro fea y gorda” .

En los adolescentes que retornan del exilio, esta sensación de extrañeza, de “ mirar desde afuera ” se agudiza, presentándose serias dificultades en el establecimiento de nuevos vínculos.

“ Me siento rara, diferente... no me siento perteneciente aquí, estoy confundida, quiero integrarme pero me siento marginal, sólo me relaciono con amigos que conocí en el exilio” .

“ Yo trato de pasar desapercibida con los compañeros de la “ U ”, como si fuera transparente, hablo sólo de materias y evito cualquier tema personal, me horroriza decir quién soy... tener que contar mi historia, decir que tengo padre, pero que no tengo... que viví exiliada. Esto me hace tan diferente, me pone en desventaja con los demás, que tienen una familia, siempre han vivido en Chile...”

En estos casos aparece la idea de que, para ser “ normales ”, deben ocultar o negar su historia familiar y de esta forma reparar, omnipotentemente, el daño propio y el de la

familia. Al intentar igualarse a sus pares, demuestran que lo vivido no ha tenido lugar, o que ha quedado en el pasado y no ha tenido consecuencias en el presente. Sin embargo, el fracaso del presente y la imposibilidad de construir futuro es la demostración que la experiencia represiva no ha sido elaborada, que ocurrió, fragmentó su experiencia, y no pueden lograr ser ellos mismos, tener una identidad que sientan real y consistente, mientras no integren el horror de la experiencia traumática vivida.

“ Me siento rara, como si no perteneciera aquí. Me siento confundida... me cuesta conversar con otros jóvenes. Para que nos pudiéramos realmente entender, tendría que contarles toda mi historia. Pero nadie la puede entender. Es mucho más fácil actuar como si fuera alguien diferente, sin política, sin exilio” .

## La formación de pareja

---

Estos adolescentes, que sufrieron traumatismos severos, presentan serias dificultades en el establecimiento de vínculos de pareja.

“ Soy buena para las aventuras, incapacitada para tener relaciones estables. Creo que en realidad he pololeado una vez desde que tengo memoria, o sea, he pololeado más veces pero han sido super fallidos” .

En estos jóvenes la ruptura e inestabilidad de los vínculos de pareja permite reforzar la dependencia en relación a la familia, dando cuenta de un proceso de individuación no logrado. En algunos casos, los jóvenes presentan una unión tan fuerte con las figuras paternas (generalmente la madre) que los lleva a rechazar relaciones de pareja o a terminar aquellas en las que se les ha exigido mayor compromiso. Además, y con respecto a las escasas relaciones que han tenido, un joven expresa:

“ Mi mamá nunca ha conocido una polola mía, no sé, yo nunca he llevado a nadie a la casa, no sé por qué, no sé por qué será, de repente a mi tampoco me ha gustado comprometerme en el sentido de... que otra gente me conozca a mí, mis cosas, siempre me ha gustado, por ejemplo, tener a las pololas escondidas” .

Todo esto pone de manifiesto el vínculo simbiótico que presentan estos jóvenes en la relación con sus padres, es decir, la fuerte dependencia afectiva caracterizada por un alto grado de fusión e indiferenciación. Los adolescentes sabotean su propio desarrollo para mitigar la angustia de separación y de culpa que sienten frente a la familia.

Por otra parte, la experiencia traumática, producto de la violencia vivida por estas familias, se transmite a los hijos generando en ellos la percepción de que dichas situaciones podrían repetirse de manera similar, lo que impediría establecer vínculos duraderos y significativos.



“ Lo que pasa normalmente es que cuando empieza una relación, la relación siempre está con una... tengo la mentalidad de que la relación nunca va a durar para siempre, nunca va a durar más, para siempre. Siempre, toda la mentalidad que tengo, es que nada dura para siempre, ni las ideas, ni el trabajo, todo tiene que tener como (...) Debe ser por... yo creo que debe ser porque siempre existe la inseguridad de que te vayan a matar, o sea siempre está ahí, siempre. A ti, a tu pareja o a los dos. Entonces el miedo no se ha ido, a mí no se me ha ido, entonces no... no significa que uno quiera menos a la persona, o la aprecie menos, sino que uno tiende a ponerse en el... en el... en la posición de que algún día se va a ir” .

## Metamorfosis de la violencia

---

Los niños y adolescentes, que junto a sus padres han experimentado en forma directa la muerte, a través de la tortura, ejecución o desaparición de un familiar, rechazan la violencia en todas sus expresiones. Este rechazo se expresa desde un lugar de víctima, “ nos han hecho tanto daño que no podemos hacer lo mismo”. Los padres, por un lado, sienten temor a que pase algo, “ a que los maten” , pero, por otro, comparten plenamente la rabia y se sienten orgullosos por la postura de sus hijos de reivindicar el “ nombre del padre” y en la fantasía ellos se convierten en victimarios.

La violencia experimentada por las familias no encuentra palabras para ser expresada, no puede ser verbalizada, por lo que sólo es posible manifestarla a través del cuerpo o por medio de la actuación;

“ ...mi hermano me golpea y pateo en el suelo prácticamente hasta dejarme inconsciente... él se justifica diciendo que soy un burro, que no entiendo y que por eso me tiene que tratar como un animal” .

“ ... las peleas con mi hermano son muy fuertes, el otro día terminé en el hospital con dos costillas quebradas” .

“ Yo por ejemplo con mi hermano... mira, hasta hace tres o cuatro meses atrás nada, nada de relaciones... a veces nos sacábamos la mierda, peleando (...) ahora conversamos, a veces.”

La violencia es asimilada a la destrucción real del otro y también de sí mismo. La agresión en el vínculo es vivida como una repetición de la dinámica relacional víctima-victimario, y genera en los jóvenes fuertes sentimientos de culpa, ya que perciben la fragilidad en sus padres y ellos no tienen la certeza de que éstos sobrevivan a sus ataques convirtiéndose así en sus verdugos;

“ ...peleo con mi mamá porque ella no se preocupa por mí, no me oye, jamás me hace cariño... nunca lo ha hecho, sólo le importa su otro hijo” .

“ No sé cómo mi madre me tuvo sabiendo que no iba a tener padre, cómo no hizo nada para impedir que él desapareciera... mi padre fue el único que me quiso...”

La agresión se refiere a modalidades de relación entre los sujetos e involucra la dimensión psicológica del acto agresivo y hace alusión a intencionalidades y afectos involucrados.

La agresión es una expresión normal en el desarrollo de los niños y de los jóvenes. “ El amor y el odio constituyen los dos principales elementos a partir de los cuales se elaboran todos los asuntos humanos. Tanto el amor como el odio implican agresión. La agresión, por otro lado, puede ser un síntoma del miedo” (Winnicott, D., 1950-1955). A través del proceso de maduración y, gracias a la contención de la madre y del medio ambiente, es posible integrarla como parte normal del desarrollo o tener un manejo adecuado de ella.

En el proceso de diferenciación e individuación de los adolescentes, la agresión es expresada hacia sus padres como una forma de manifestar su individualidad y autonomía. En estos jóvenes tal proceso parece estar inhibido o ausente en las relaciones;

“ ... me ha agredido físicamente (la hija) para terminar amenazando con suicidarse, lo que intentó una vez tomando gran cantidad de pastillas para adelgazar... estas crisis se repiten regularmente... son muy violentas.”

“ Mi hijo me ha gritado y pateado en forma descontrolada, llegando incluso a destruir todos los objetos de su pieza y parte de la entrada a la casa...”

En estos casos, la agresión aparece sin estar ligada a sentimientos de amor o preocupación por el otro. Es decir, aparece como una repetición directa del hecho de violencia.

En una familia, el padre –que estuvo preso, fue torturado brutalmente, y al salir en libertad tuvo que vivir una semana con un agente de la policía secreta en la casa y dos años bajo la amenaza de ser detenido otra vez– pide atención para el niño menor:

“ Siempre nos está persiguiendo y no sabemos como ayudarlo de otra manera que no sea reprimiéndolo... le damos golpes, lo metemos en agua fría o lo engañamos. Cuando me detuvieron recién había nacido mi primer hijo y mi mujer estaba convencida de que a mí me habían matado. Mi hijo no había nacido cuando pasó todo lo más difícil, pero él se comporta como si fuera un policía que nos persigue y tortura” .

En el relato se observa la repetición de las situaciones de tortura a las que fue sometido el padre: golpes, inmersión en el agua, convirtiéndose en victimario de su hijo y, a su vez, colocan al hijo –policia que lo persigue– en el victimario (torturador) del padre.

La agresión en el vínculo terapéutico es vivida como la muerte real del terapeuta y de ellos mismos, agredir es ser el torturador, el verdugo y no existe, externa ni internamente, ninguna señal que permita creer que es posible la sobrevivencia del otro.

“ Cuando venía a sesión y te contaba de mi historia, de mi vida en la clandestinidad, de la muerte de mi padre, de mis angustias y fracasos en la Universidad, pero sobre todo, si en alguna sesión lloraba, cuando salía no podía tolerar la idea que tu supieras todo eso. Hubiera querido que toda esta casa desapareciera, todas las calles y casas del vecindario, la pastelería por la que paso después de las sesiones y donde siempre me dan ganas de comer pasteles, hubiera querido que nada de eso fuera verdad, hubiera querido no verte nunca más...”

De esta manera, la agresión como un elemento normal del desarrollo queda inhibida, manteniéndose la polaridad entre omnipotencia absoluta e impotencia cargada de angustia y temor a la desintegración, repitiendo las escenas de violencia en la relación víctima-victimario.

Surgen las preguntas: ¿cómo explicar la metamorfosis de la violencia?, ¿existe una transmisión generacional de la violencia?, ¿cómo se articula un sujeto considerado en su singularidad, el padre o la madre, (con sus formas y procesos de su realidad psíquica) con otro sujeto diferente, el hijo (con sus formas y sus procesos de su realidad psíquica)?

Existe una serie de investigaciones de los últimos 25 años que intentan dar una respuesta a la transmisión generacional del impacto de la violencia. Käes (1986) señala que la mayoría de estas investigaciones surgieron de una confrontación clínica con organizaciones o estructuras psicóticas, borderline o narcisistas, donde se pone el acento sobre el defecto de la transmisión (encriptado, forclusión, rechazo) y se destaca el papel de la falta oculta, del secreto, de la no simbolización. A causa de esto, y a pesar de esto, se efectúa una transmisión cuyas particularidades son, a lo sumo, identificadas por el enquistamiento en el inconsciente de un sujeto, de una parte de las formaciones inconscientes de otro, que llegan a habitarlo como un fantasma.

También están presentes los aportes desde la terapia familiar en las nociones de transmisión intergeneracionales. Los mandatos familiares y el modelo de las lealtades familiares de Boszormenyi-Nagy (1983), implican un sistema de obligaciones y misiones transmitido en forma, principalmente inconsciente, de una generación a otra. Esto supone que el “delegado” –generalmente un adolescente– es “enviado” a cumplir una misión vinculada con deseos y expectativas de los padres, al mismo tiempo se lo mantiene ligado a la familia por las redes de lealtad.

Pero subsiste otra pregunta ¿por qué este fenómeno de la transmisión aparece con cierta urgencia, como una suerte de impulso por transmitir bajo el efecto de un imperativo psíquico? Esta necesidad es el resultado de exigencias pulsionales inconscientes, en las que prevalecen, a veces, las exigencias narcisistas de conservación y de continuidad de la vida psíquica. Sin embargo, siempre aparece la necesidad de transferir-transmitir en otro aparato psíquico lo que no puede ser mantenido y albergado en el sujeto mismo, o entre sujetos ligados entre sí por una poderosa alianza de intereses (Kaes, R., 1986).

Tanto en el caso del niño que se transforma “ en policía y tortura al padre” , como en la siguiente viñeta clínica, se pueden aplicar estos elementos en la transmisión generacional del trauma.

“ Una familia constituida por padre, madre y 2 hijos, cuyo padre había sido brutalmente torturado y la policía secreta permaneció en su casa durante un mes, con el objetivo que “ cayeran otros dirigentes políticos” . El motivo de consulta fue la inhibición y depresión del hijo mayor en el período de la pubertad. El hijo menor de 5 años (con 8 años de diferencia con su hermano) presenta terrores nocturnos, dificultades de alimentación y un cuadro angustioso. El hijo menor nació años después de la detención del padre y el dibujo que realiza de su familia es: el padre, la madre, el hermano y él, y de los “ fantasmas” que están dentro de los closets, detrás de los sillones, debajo de la alfombra. Son “ fantasmas” que miran, que observan y que están siempre ahí” .

El niño dibuja “ los fantasmas que invaden la casa y la familia” , refiriéndose a la policía secreta que permaneció en la casa por un mes y a las torturas, que el padre no ha verbalizado, y que lo persiguen y aparecen gráficamente en el dibujo.

Así, podemos analizar cómo el padre establece “ el vínculo con el hijo” , a manera de una función de rescate promovida por la necesidad post-traumática de establecer nuevas investiduras libidinales. Las medidas defensivas creadas promoverían un enquistamiento de las experiencias traumáticas sufridas por el padre. También se puede observar cómo el elemento positivo del trauma puede llevar a activar la compulsión a la repetición, determinando la emergencia de fenómenos como las crisis de angustia, trastornos de sueño, accesos de violencia, etc.

También se podría pensar que la relación intersubjetiva que se constituye entre el padre y el niño, se explica por lo señalado por Winnicott (1974) cuando habla de “ un vivido no-vivido y siempre por revivir” y del temor a un derrumbe ya acontecido, pero, sin que el Yo sea capaz de metabolizar lo que en ese momento vivió fuera de toda representación de palabras.

## **Discusión**

---

La experiencia de aquellas familias que vivieron la represión política en el contexto de un medio amenazante que reproduce el temor y la muerte, al mismo tiempo que lo niega, las llevó a desarrollar mecanismos de sobrevivencia en los cuales no había lugar para la expresión de sentimientos de dolor, fragilidad, confusión y rabia. Todos estos sentimientos –propios de un proceso de duelo– fueron postergados y negados, asegurándose así su permanencia en el tiempo, y su expresión encubierta en los síntomas y en los graves conflictos familiares, sin que se lograra establecer la vinculación con las experiencias traumáticas ni con las pérdidas sufridas por la familia.

La represión política que afectó directamente a los padres de los jóvenes y adolescentes que han vivido situaciones de traumatismos severos, hizo que la centralidad de la tarea de cuidado y contención afectiva de los hijos al interior de la familia desapareciera, para dar lugar al resguardo de seguridad personal y familiar, a la prioridad de las tareas políticas, a la búsqueda del familiar detenido o desaparecido. Las características del medio social y familiar se transforman y no pueden cumplir con su rol de facilitador del desarrollo y el crecimiento, los padres no pueden satisfacer ni adaptarse a las necesidades de contención de los niños.

Es posible afirmar que el proceso de individuación y formación de identidad en los hijos de familiares de afectados por la represión política está distorsionado por la incorporación del trauma y del "duelo encapsulado" en la estructura relacional de la familia.

El aislamiento social y la pérdida de vínculos significativos incentiva una fuerte dependencia afectiva entre los miembros de la familia nuclear, caracterizada por un alto grado de fusión e indiferenciación. Así, los hijos deben sabotear el propio desarrollo para mitigar la angustia de separación y las culpas, manteniendo de esta forma el vínculo simbiótico.

Se observa una detención del ciclo vital de la familia debido a la imposibilidad de la separación, lo que implica rupturas precoces de las relaciones de pareja y una vuelta a la familia de origen o ausencia del desarrollo de un vínculo de pareja. En el caso de la ruptura de relaciones de pareja, observamos una repetición de la situación traumática: "los padres vuelven a desaparecer". Tampoco la madre construye nuevas relaciones de pareja por temor a que, frente al compromiso afectivo, se reedite la pérdida.

Dentro de la familia, quien pide ayuda psicológica buscando aliviar algún síntoma, se ubica en la misión de cuestionar los valores familiares, dar cuenta del daño producto de la pérdida, pero fracasa por las culpas que esto implica dentro de un sistema de lealtades rigidizadas. El adolescente sintomático es descalificado, agredido, rechazado y aislado. Toda la familia, él incluido, comparte la idea de que sus crisis de agresión, de llanto o de angustia, son producto de su "inestabilidad e inmadurez emocional". De esta manera, la familia intenta individualizar, privatizar el problema, descontextualizando los síntomas con respecto a su etiología sociopolítica. En este sentido, los síntomas son privatizados y la familia reproduce la negación del trauma que realiza la sociedad en su conjunto.

Las manifestaciones de agresión no se permiten entre los miembros de las familias y en los adolescentes, ya que se asocian directamente con la destrucción del otro. La percepción de la fragilidad de los padres lleva a los jóvenes a sentir que estos no serán capaces de sobrevivir a la angustia propia del proceso de diferenciación e individuación. Los padres, por su parte, viven la agresión como una reedición de la violencia represiva, como una repetición de la destrucción y la muerte. Esta situación genera en los adolescentes la imposibilidad de expresar la rabia y el odio que la experiencia vivida conlleva. La expresión distorsionada de la agresión, al no ser simbolizada, se manifiesta como violencia. La transformación de la agresión en violencia tiene directa relación con el proceso

traumático y la imposibilidad de elaboración de la violencia sufrida. Y, en la mayoría de los adolescentes, se transforma como defensa un falso self, que llega en algunos casos a transformarse en una patología.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir que las consecuencias de los traumatismos severos que sufrieron los padres de los niños y de los adolescentes, mantienen su vigencia en el tiempo y se transmiten a las nuevas generaciones. Por eso, no se puede pensar en el sujeto psíquico como inseparable de la intersubjetividad, y del contexto social en el cual se desarrolla, y es necesario abocarse a pensar la incertidumbre que nos pueden crear los vínculos, los valores, los saberes por transmitir y los destinatarios de dicha herencia.

## Sección III

### COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

---







## Introducción

---

Múltiples estudios han destacado la alta prevalencia de patología del Eje I en los trastornos de personalidad. La importancia de considerar ambos cuadros no sólo radica en el hecho de buscar y entregar el tratamiento adecuado para cada uno de ellos, como cuando se presentan en forma separada, sino también, en que la coexistencia de ambas patologías puede tener implicancias que, de no tomarse en cuenta, repercutirán directamente en el pronóstico del paciente.

Es así como los cuadros del Eje I pueden cursar de manera diferente según se presenten en un paciente que además tenga un trastorno de personalidad comparado con otro que no, e incluso diferir en su presentación entre los distintos tipos de trastornos de personalidad. Dicho de otro modo la personalidad tiñe, de una u otra manera, a la enfermedad y su curso. A su vez el trastorno de personalidad puede ser, en sí mismo, el territorio a partir del cual germina la patología del Eje I, transformándose entonces en el precursor y promotor de enfermedades psiquiátricas.

Integrar estos aspectos es, por lo tanto, una tarea de fundamental importancia a la hora de definir las intervenciones terapéuticas que se practicarán. Por ello, invitamos a los autores a pensar sobre la comorbilidad en los trastornos de personalidad. Estamos concientes de que algunos temas se mencionan en más de un capítulo, sin embargo, en pro de respetar la estructura original de los trabajos de los autores, estos se publicaron tal cual fueron pensados.

En el capítulo dedicado a los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad, Béhar comienza refiriéndose a las hipótesis actuales que relacionan ambos cuadros. Se mencionan los rasgos de personalidad premórbidos, descritos en pacientes portadores de anorexia y bulimia nerviosa, para luego referirse a la comorbilidad entre trastorno de personalidad y de la conducta alimentaria en base a las prevalencias encontradas en distintos estudios para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y comer compulsivo. Finalmente, se revisan las características categoriales y dimensionales de los trastornos de personalidad en estos tres tipos de trastornos alimentarios para concluir con algunas implicancias terapéuticas relevantes que se desprenden de este enfoque.

Heerlein aborda aspectos referentes a los trastornos de personalidad, depresión y depresividad, desde la relación entre la personalidad y este estado del espectro anímico. Se estudia la personalidad como un elemento que genera, fomenta o constituye un factor de riesgo en la patogenia de la depresión. Para ello, se realiza un breve recorrido por el desarrollo histórico que la relación personalidad-depresión ha experimentado, se examina el concepto de *Typus Melancholicus*, su relación con las depresiones melancólicas y se describen las características principales que permiten distinguir las llamadas depresiones endógenas de las reactivas o neuróticas. Posteriormente, se revisa la relación entre rasgos de personalidad y depresión, luego entre trastornos de personalidad y depresión, considerando la frecuencia, características, respuesta terapéutica, evolución y pronóstico de esta asociación.

El capítulo de trastorno de personalidad en el paciente con trastorno bipolar, de Cabre-ra, revisa nuevamente las ya mencionadas cuatro hipótesis que explican la interacción entre personalidad y trastornos del ánimo. Se examinan algunos estudios sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad, tanto en la población general como en los pacientes bipolares, y se ejemplifican con una serie de viñetas algunos casos clínicos de pacientes bipolares en los que, además, se diagnosticó un trastorno de personalidad.

En el capítulo dedicado a trastornos de personalidad ansiosos y angustia de O’Ryan, el autor aborda el tema de la angustia desde la perspectiva genética-neurobiológica y luego desde la teoría psicodinámica, a partir de la segunda teoría de la angustia de Freud y de los aportes de otros autores que, posteriormente, se refirieron a la génesis y comportamiento de este síntoma. Considerando ambas miradas, plantea una visión integradora que permite comprender el origen de la angustia. Para finalizar, describe algunos aspectos específicos de la angustia en los trastornos de personalidad del Cluster C y luego propone algunas alternativas terapéuticas para el tratamiento de estos.

En relación a la enfermedad bipolar y la personalidad, el capítulo escrito por Retamal, Botto y Filippi, comienza describiendo los cuatro modelos de interacción entre personalidad y patología anímica, para luego revisar los principales aportes de la teoría constitucional, la teoría fenomenológico-antropológica y la teoría psicoanalítica respecto a la relación entre ambas entidades. Se describen los hallazgos encontrados en el test de Rorschach en un grupo de pacientes bipolares que delimitan algunas características de su personalidad, para luego referirse a la comorbilidad entre trastorno de personalidad y enfermedad bipolar. Finalmente, se revisa el concepto de espectro bipolar.

El capítulo referente a organicidad y trastornos de personalidad, de Ivanovic-Zuvic, desarrolla la relación entre diversos trastornos orgánicos que afectan al SNC y sus posibles consecuencias sobre la personalidad del paciente. En primer lugar, se define el término organicidad y se describen, en forma general, los rasgos más frecuentemente observados en la personalidad de los sujetos afectados por este síndrome. Luego se describen, un poco más detalladamente, los principales rasgos observados en la personalidad de individuos afectados por cuadros específicos como las demencias, la epilepsia, alteraciones en el lóbulo frontal y tumores.

## Capítulo 19

### TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y PERSONALIDAD ANORMAL

■◆ Rosa Béhar Astudillo

La prevalencia informada de trastornos de personalidad ha variado ampliamente en relación a los trastornos de la conducta alimentaria, en concordancia a las hipótesis que correlacionan ambos desórdenes y a las diversas metodologías de investigación utilizadas en sus estudios. Existe una cifra variable de comorbilidad entre trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, que oscila entre 21% a 97%, para la presencia de cualquier trastorno de personalidad en pacientes con variados diagnósticos de patologías de la alimentación. Asimismo, los pacientes con trastornos de personalidad presentan una prevalencia más alta que la población normal para trastornos alimentarios (Westen, D.; Hardner-Fischer, J., 2001).

#### **Hipótesis que relacionan trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad**

La interpretación de la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y de personalidad es compleja por las variadas posibilidades de interrelación que a continuación mencionamos (Wonderlich, S.; Mitchell, J., 1992).

- **Predisposición:** Los factores de personalidad pueden predisponer a los individuos a desarrollar síndromes clínicos. Se ha propuesto que los rasgos de personalidad premórbida son factores críticos en el desarrollo de la anorexia nerviosa, tales como una disposición hacia una restricción emocional y conductual dentro de fuertes valores tradicionales que pueden constituir importantes factores de riesgo predisposicional.

- **Complicación:** El trastorno de personalidad, en esta perspectiva, es una complicación o consecuencia del síndrome. Se ha informado que después de la recuperación ponderal, las anorécticas se vuelven más introvertidas y obsesivas, sugiriendo que estos rasgos de personalidad pueden ser más bien complicaciones o consecuencias de un trastorno alimentario y, sin embargo, pueden tener mínima o ninguna significancia predisposicional.
- **Coefecto:** Los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos son considerados psicobiológicamente entidades diferentes; ambas, causadas por un tercer factor. Estructuras y procesos particulares familiares podrían dar emergencia a la anorexia nerviosa y al trastorno de personalidad dependiente.
- **Interacción:** Los síndromes clínicos y los trastornos de la personalidad pueden surgir independientemente, pero ambos interactúan para alterar los rasgos de cada uno. La impulsividad y el caos interpersonal de la personalidad borderline pueden crear circunstancias de vida que, independientemente, precipitan un episodio bulímico. También, la interacción continua de la personalidad borderline y la bulimia demostrará fuertes influencias patoplásticas que colorean y dan forma a cada trastorno.
- **Forma frustra:** El trastorno de personalidad es meramente una versión subclínica del síndrome clínico. Sin embargo, es difícil imaginar un trastorno de personalidad que podría simplemente presentar una forma atenuada de anorexia o bulimia nerviosa. La especificidad e instrumentalidad de las conductas asociadas con las patologías alimentarias, deja esta hipótesis como la menos aplicable a los trastornos alimentarios.
- **Criterio de sobreposición:** La aparición de la comorbilidad puede ser producida artificialmente en los tests administrados por la presencia de un conjunto de criterios de traslape entre los síndromes clínicos y los trastornos de personalidad. Existe una considerable sobreposición entre los criterios para trastorno de personalidad borderline y los de la bulimia nerviosa. Los pacientes con bulimia reúnen la impulsividad y la inestabilidad de los criterios de personalidad borderline.
- **Co-ocurrencia al azar:** De diferentes síndromes múltiples en pacientes psiquiátricos, vale decir, que muchos pacientes posean, por casualidad, el infortunio de tener dos o más trastornos, al menos uno de los cuales se encuentra en el Eje I y otro en el Eje II del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), eventualidad que parece incierta debido a la baja probabilidad de porcentajes altos de co-morbilidad entre trastornos del Eje I y II que representan cifras relativamente reducidas en la población (Wonderich, S.; Mitchell, J., 1992).

Claramente, cinco de estas siete perspectivas son relevantes en el estudio de la comorbilidad de la personalidad y las afecciones alimentarias. Sin embargo, la trascendencia de cada una de ellas se vuelve aún más compleja considerando que una relación comórbida dada (ej. de la personalidad borderline y bulimia) puede tener más de una explicación válida a través de diferentes pacientes (Wonderich, S.; Mitchell, J., 1992).

De acuerdo a una teoría que relaciona la patología de personalidad con los trastornos de la conducta alimentaria a formas específicas de disregulación de neurotransmisores, la anorexia y la bulimia se encuentran en polos opuestos de un *continuum* de personalidad, la cual está definida por compulsividad en el extremo anoréctico e impulsividad en el bulímico. Las pacientes con anorexia son más frecuentemente diagnosticadas con trastornos de personalidad del *Cluster C* (ansioso/evitador), mientras que las bulímicas reciben diagnósticos más probablemente pertenecientes al *Cluster B* (dramático/errático). De hecho, uno de los hallazgos más consistentes ha sido la asociación de la bulimia con el trastorno borderline de personalidad (Westen, D.; Hardner-Fischer, J., 2001).

Por otro lado, desde un punto de vista metodológico, todos los estudios exploratorios de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria han tenido una serie de limitaciones que enumeramos a continuación:

1. Las publicaciones de la literatura especializada, muchas veces se basan en impresiones de la experiencia clínica personal de los autores.
2. Ciertos investigadores han utilizado técnicas de entrevista no estructurada.
3. Algunos han incorporado instrumentos diagnósticos, simplemente, de cuestionable o desconocida validez, especificidad y confiabilidad.
4. Otros, confundiendo potencialmente factores, incluyen sujetos de fuentes de referencia múltiples, tamaños de muestras pequeños, estudios de poblaciones con rangos de peso amplios o no clasificados, falta de grupos control o sistemas de puntajes no publicados, ausencia de exploraciones longitudinales previas a la aparición del trastorno alimentario, mensuradas objetivamente y escasez de seguimientos prospectivos a largo plazo.

Entre los instrumentos validados y más frecuentemente utilizados en la medición de las características de personalidad en las patologías alimentarias son: MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*); PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*); SCID II (*Structured Clinical Interview for DSM III-R-Axis*), PDE (*Personality Disorder Examination*) y MMPI (*Multiple Minnesota Personality Inventory*).

## **Características premórbidas de personalidad**

---

### **Rasgos premórbidos de personalidad en la anorexia nerviosa**

La preanoréctica a menudo es una niña modelo, que raramente se queja, habitualmente es muy servicial, dócil y deseosa de agradar. Su rendimiento escolar comúnmente se ubica sobre el promedio y es altamente exigente y crítica consigo misma. En esencia, ha aprendido a colocar las necesidades de los demás por sobre las propias y piensa que,

para que la consideren, debe obtener la aprobación de los otros, aunque esto signifique suprimir su emotividad o actuar de maneras en que no se siente cómoda. Lucha por ser perfecta y su énfasis en la excelencia, la impele a enérgicos e implacables intentos para hacerlo mejor. No es una niña con un cómodo sentido de sus propias habilidades, sino que debe siempre estar probando su competencia. Generalmente es muy reservada y se guarda sus sentimientos, engañando a los demás y haciéndoles creer que todo está bien (Siegel, M. y cols., 1988).

En la edad pre-escolar son descritas como pasivas y apegadas a la madre. En la edad escolar se destaca, además del buen rendimiento, la buena conducta en el colegio y la sumisa obediencia a las normas del hogar. En la pubertad aparece una particular preocupación por la comida, también llama la atención la tendencia al retraimiento y la casi absoluta ausencia de amistades masculinas. No existe preocupación por lo sexual y cuando esto se menciona, la actitud es de rechazo o, aún, de repugnancia. Otros rasgos que se repiten son la meticulosidad y la testarudez, que no son muy marcados en la infancia, se notan en la pubertad y se hacen dominantes una vez iniciada la enfermedad. La primera característica se manifiesta como un exagerado amor al orden, atención meticulosa al detalle y rectitud, tendencia a los rituales y un afán desmesurado por la perfección –quieren ser perfectas en el colegio, en la casa, en la vida social y sobre todo con respecto a ellas mismas–, acompañado por una autoevaluación negativa. La testarudez aparece, en particular, en relación con los alimentos, ingiriéndolos en exceso o en defecto y son fuertemente defensivas en relación a sus conductas. Bajo estas circunstancias, el hacer dieta llega a ser personalmente muy significativo ya que no sólo es una conducta socialmente aceptada, sino que fortalece en estas pacientes el sentido de autocontrol y efectividad, y al mismo tiempo, disminuye sus preocupaciones acerca de la apariencia y el peso. Dally y Gomez (1979) establecieron que la obsesionalidad, generalmente unida a la introversión, acompaña a la anorexia nerviosa desde el inicio temprano; 59% de aquellas entre 11 y 14 años mostraron este rasgo. Se trata de naturalezas duras, empecinadas, voluntariosas y capaces de los mayores sufrimientos y privaciones, aún de la muerte por mantener su ideal. Previo al inicio de la enfermedad, sus relaciones aparecen marcadas por una fuerte ambivalencia; en el colegio son descritas como las más obedientes y al mismo tiempo las más independientes. Tienen a repetir el estilo de relación basado en el conflicto “dependencia-agresión” con otras personas. La vida sentimental se caracteriza por un tipo de relaciones superficial, intelectualizado y lleno de temor a lo sexual. La anoréctica es, de esta manera, una “niña buena” que oscila entre la docilidad y la rebeldía. El tema principal es una lucha por el control, por un sentido de identidad, competencia y efectividad. Han sido el orgullo y la alegría de sus padres y se han esperado grandes cosas de ellas. La auto-emaciación puede ser un esfuerzo para ganar validación como una persona especial y única (Dörr, O, 1972; Dörr, O. y cols., 1976; Bruch, H., 1980; American Psychiatric Association, 2000; Béhar, R., 2000).

## **Rasgos premórbidos de personalidad en la bulimia nerviosa**

Las pacientes prebulímicas son más expresivas, rabiosas e impulsivas que las anorécticas, con baja autoestima, con alta ansiedad, con más baja sensación de control sobre sus propias vidas e infelices con su propia imagen corporal. Experimentan un comer

descontrolado más egodistómicamente que las anorécticas, de modo que buscan ayuda más prontamente. Carecen de control del Superyó y de la fortaleza del Yo, que muestran de modo elocuente sus contrapartes anorécticas. Sus dificultades para controlar los impulsos se manifiestan por dependencia de sustancias y relaciones sexuales autodestructivas, además de las comilonas y purgas que son los síntomas nucleares del trastorno. Tienden a no sentirse seguras acerca de su propia autovalía, se sienten dependientes de la aprobación y aprecio de los demás y se basan en los juicios de los otros para determinar su estimación. Como resultado, tienden a conformarse y a agrandar, escondiendo la rabia, la molestia u otros sentimientos negativos de ellas y de los demás. El alimento se convierte en la salida a todas las emociones y conflictos que no pueden exponer. La bulimia de esta manera sirve para bloquear o dejar escapar sentimientos que se experimentan como inaceptables (Siegel.M. y cols., 1988).

La impulsividad bulímica con respecto al alimento puede ser un reflejo de otros problemas más significativos de trasfondo al control impulsivo y la inestabilidad emocional. Las bulímicas poseen una baja tolerancia a la frustración y una gran dificultad para controlar sus sentimientos, especialmente la rabia. Conductualmente, la impulsividad se manifiesta por una tendencia al abuso de alcohol y drogas, robo de alimentos y otros artículos, automutilación y promiscuidad. Las bulímicas tienen dos a cuatro veces más probabilidades de abusar de alcohol y de drogas que la población general. De un cuarto a un tercio de todas ellas recurren al alcohol como un medio de manejar la depresión y la tensión crónica y como un método para retardar o prevenir comilonas. La combinación de depresión, impulsividad y abuso habitual de sustancias crea un alto potencial para serios intentos suicidas. La bulimia también genera inestabilidad en las relaciones interpersonales, creando una desadaptación social permanente (Wonderlich,S.Mitchell,J.,1992; American Psychiatric Association,2000; Béhar,R.,2000).

## **Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad**

Varios estudios sugieren que entre el 53% al 93% de los pacientes con trastornos alimentarios presentan al menos un trastorno de personalidad y que, entre el 37% al 56%, reúne el criterio para dos o más trastornos de personalidad (Wonderlich,S.Mitchell,J.,1992). En una muestra de pacientes con patología alimentaria hospitalizados, el 57% fueron diagnosticados con 2 o más trastornos de personalidad comórbidos. Además, un alto número de ellos tuvo trastornos de personalidad subclínicos (Gartnre,Marcus,R.,y cols.,1989).

Las investigaciones sobre la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria han focalizado su revisión empírica en dos áreas. La primera, acerca de la relación del trastorno obsesivo compulsivo de personalidad, perfeccionismo y anorexia nerviosa. La segunda, se ha ocupado de la relación entre la impulsividad y trastorno borderline de personalidad en la bulimia nerviosa. En la Tabla N° 1 se muestran los principales trastornos de personalidad observados en los trastornos de la conducta alimentaria.

Los pacientes que tienen una historia de vida de ambos desórdenes o que tienen síntomas concurrentes de ambos trastornos (anorexia tipo compulsivo-purgativo según el DSM IV) presentan con mayor posibilidad un diagnóstico de trastorno de personalidad que los pacientes con bulimia o anorexia (tipo restrictivo), y su trastorno de personalidad con probabilidad se encuentra en los *Clusters* B o C. Los pacientes con anorexia, del tipo compulsivo-purgativo o con historia tanto de anorexia y de bulimia, tienden a mostrar una patología más severa y difusa y poseer un mayor deterioro que los pacientes con anorexia nerviosa del tipo restrictivo solo o con bulimia sola. Las pacientes con anorexia compulsivo-purgativa están más relacionadas con abuso de sustancias, trastornos del control de los impulsos y trastornos de personalidad. La anorexia nerviosa restrictiva, a menudo, presenta rasgos obsesivo-compulsivos (Westen, D.; Hardner-Fischer, J., 2001).

Los pacientes con patología alimentaria con trastornos de personalidad pueden manifestar gran psicopatología. En un estudio con 210 pacientes mujeres ambulatorias, aquellas que tenían un trastorno de personalidad tenían 2.5 veces más probabilidad de haber intentado suicidio y el doble de posibilidad de presentar una depresión mayor, en comparación con las pacientes que no tenían un diagnóstico en el Eje II de DSM (Herzog, D. y cols., 1989). Andersen (1990), determinó que los hombres con trastornos de la conducta alimentaria evidenciaron puntajes más altos en escalas de dependencia, evitación, y pasividad-agresividad en el MCMI. Dimensionalmente, Díaz-Marsá y cols. (2000), han señalado que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en general presentan rasgos temperamentales inestables y emocionalmente neuróticos. Al mismo tiempo detectaron que las pacientes bulímicas y anorécticas compulsivo-purgativas exhibían una clara acentuación de rasgos de evitación de daño e impulsividad.

La prevalencia en el *Cluster A* (extraño-excéntrico) ha sido bastante baja (menos del 10%) en las muestras de pacientes alimentarias. Se ha señalado que la disminución a través del tiempo en las escalas esquizoides y esquizotípicas en el MCMI se correlacionaba con reducciones similares de depresión. Así, las altas cifras de *Cluster A* pueden reflejar los efectos de una alteración del ánimo comórbida en los informes por parte de las pacientes con trastornos de personalidad. Gartner y cols. (1989) encontraron que el 16% de su grupo anoréctico restrictivo reunía criterios para trastorno esquizotípico y el 16% paranoide cuando usaron el PDE, aunque estos porcentajes representaron un sólo sujeto por cada diagnóstico. Un estudio utilizando el SCID II encontró que el 27% de sujetos bulímicos ambulatorios reunía criterios para personalidad paranoide (Wonderlich, S.; Mitchell, J., 1992).

Respecto al *Cluster B* (errático-dramático-emotivo), las investigaciones han informado de prevalencia para personalidad histriónica en muestras de bulímicas con peso normal entre 25% a 53% (Wonderlich, S.; Mitchell, J., 1992). La prevalencia estimada de personalidad histriónica en anorécticas restrictivas y anorécticas bulímicas es considerablemente menor, oscilando entre 0% y 20% (Wonderlich, S.; Mitchell, J., 1992). Los trastornos de personalidad narcisista y antisocial parecen ser poco comunes en pacientes con trastornos alimentarios. La personalidad histriónica es claramente común en muestras de pacientes bulímicas y expresa mayor comorbilidad con bulimia nerviosa que con anorexia nerviosa. La personalidad borderline muestra un moderado nivel de comorbilidad a tra-



vés de todos los subtipos de trastornos alimentarios, particularmente entre los hospitalizados (Wonderich, S.; Mitchell, J., 1992). Como porcentaje promedio, el 30.5% encontrado en una investigación, se ajusta con los rangos informados (13% a 44%). En la población anoréctica es menos frecuente, oscilando entre 0% a 57%. Los investigadores han señalado la presencia de rasgos narcisistas en individuos bulímicos, incluyendo preocupaciones patológicas con la apariencia y la presentación pública (Davis, C. y cols. 1997); auto preocupación narcisística y fuertes inclinaciones egocéntricas, como también una intensa sensibilidad a las opiniones y evaluaciones de los otros aún después que se hayan recuperado de su trastorno bulímico (Steiger, H. y cols., 1993).

En cuanto al Cluster C (ansioso-temeroso), en muestras que incluyen tanto anorécticas como bulímicas, el trastorno evitador de personalidad ha sido diagnosticado entre el 30% a 35% de los casos. Aunque algunos investigadores han informado que la personalidad evitadora aparece más comúnmente en los subtipos anorécticos, existe alguna evidencia arrojada por Gartner y cols. (1989) de que la prevalencia entre las pacientes bulímicas de peso normal es igualmente alta. Usando criterios del DSM III, se han informado cifras mucho más altas de personalidad evitadora entre los anorécticos restrictivos que entre los anorécticos bulímicos (60% versus 16%), mientras que con la utilización de criterios del DSM III-R, se ha encontrado la relación opuesta (60% versus 20%) y Gartner y cols. (1989) determinaron una prevalencia del 33% en ambos subtipos usando criterios del DSM III-R. La personalidad obsesivo-compulsiva ha sido informada entre 4% a 37% en muestras de pacientes anorécticas y bulímicas. Contrariamente, se han observado en sujetos bulímicos con peso normal bajas cifras (0% a 13%) de personalidad obsesivo-compulsiva concurrente (Wonderich, S.; Mitchell, J., 1992). La personalidad dependiente ha sido observada por Gartner y cols. (1989) y otros investigadores en estudios desde 16% a 33% en muestras de pacientes con trastornos alimentarios. Las cifras de prevalencia del trastorno de personalidad pasivo-agresiva han sido consistentemente bajas, oscilando entre 0% a 9%, aunque algunos datos sugieren que sería más prevalente en bulímicos con peso normal que en los subtipos anorécticos (Wonderich, S.; Mitchell, J., 1992).

## **Anorexia nerviosa y trastornos de personalidad**

La estimación de un trastorno comórbido de personalidad en las pacientes anorécticas fluctúa entre 20% a 80% (Herzog, D. y cols., 1996). Particularmente, son comunes la personalidad compulsiva y evitadora. Sin embargo, algunos estudios han sugerido que el estado de emaciación presente puede tener un efecto significativo en los trastornos de personalidad de las pacientes anorécticas. Se ha observado que la frecuencia de diagnósticos de trastornos de personalidad según el DSM III-R en pacientes anorécticas disminuyó de 93% al ingreso al 79% después del tratamiento. Los síntomas físicos y las secuelas del estado de enflaquecimiento deben ser considerados como factores en los cambios de personalidad. El enflaquecimiento podría influir en algunos de estos rasgos exacerbando la ansiedad, disforia y obesionalidad, pero, tales factores no pueden explicar su existencia previa y su persistencia posterior al estado de enflaquecimiento (Herzog, D., y cols., 1996)

TABLA N° 1 • Cifras de prevalencia de los trastornos de personalidad más comunes en pacientes con trastornos alimentarios \*

Estudio	Criterio para Trastornos de Personalidad	Tamaño	Subtipo TCA	Trastornos de muestra Personalidad
Auto-informe				
Kennedy <i>et al</i> (1990)	MCM	44	AN/R, BN, AN/B	Dependiente (43%) Pasivo-agresivo (41%)
Wonderlich y Swift (1989)	MCMI	10	AN/R	Dependiente (70%) Pasivo-agresivo (60%)
			AN/B	Dependiente (64%) Evitador (60%)
		16	BN	Dependiente (63%) Borderline (44%) Pasivo-agresivo (44%)
			BN/A	Pasivo-agresivo (80%) Borderline (60%)
			Sub TCA	Esquizotípico (53%) Dependiente (53%)
Yager <i>et al</i> (1989)	PDO	15	AN/B	Esquizotípico (55%) Borderline (47%)
		300	BN	Esquizotípico (34%) Borderline (29%)
		313	Sub TCA	Compulsivo (37%) Histriónico (33%) Dependiente (33%) Esquizotípico (33%)
Yates <i>et al</i> (1989)	PDO	30	BN	Histriónico (40%) Borderline (25%)
<b>Entrevistas no estructuradas</b>				
Levin y Hyler (1986)	PDO, Entrevista	24	BN	Histriónico (40%) Borderline (25%)
Piran <i>et al</i> (1988)	Entrevista clínica, DSM III	30	AN/R	Evitador (60%) Compulsivo (16%) Dependiente (16%)
			AN/B	Borderline (55%) Histriónico (18%)

Entrevistas semiestructuradas					
Gartner <i>et al</i> (1989)	PDE	6	AN/R	Borderline	(33%)
				Evitador	(33%)
		21	AN/B	Compulsivo	(38%)
				Borderline	(33%)
				Evitador	(33%)
		8	BN	Dependiente	(38%)
				Borderline	(38%)
Powers <i>et al</i> (1988) (33%)	SCID-II	30	BN	Histrónico	(53%)
Wonderlich <i>et al</i> (60%) (1989)	SCID-II	10	AN/R	Obsesivocompulsivo	
		10	AN/B	Evitador	(60%)
				Dependiente	(40%)
		16	BN	Histrónico	(31%)
				Borderline	(19%)
				Evitador	(19%)
		10	BN/A	Borderline	(40%)
				Histrónico	(40%)

AN/B = Anorexia nerviosa subtipo bulímico

AN/R = Anorexia nerviosa subtipo restrictivo

BN = Bulimia nerviosa con peso normal

BN/A = Bulimia nerviosa con peso normal con historia de anorexia nerviosa

SubTCA = Trastorno de la conducta alimentaria

PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire  
(Hyer *et al* 1983)  
Subclínico

MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory

SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM III-R-  
Axis II (Spitzer *et al* 1990)  
(Millon 1982)

DSM III = Diagnostic and Statistical Manual of

PDE = Personality Disorder Examination (Loranger *et al*  
1987)  
Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> Edition (APA 1980)

\* Modificada de: Wonderlich S, Mitchell J. Eating disorders and personality disorders. En: Clinical Practice. Special problems in managing eating disorders. Yager J, Gwirtsman H, Edelstein C (eds.) Washigton DC: American Psychiatric Press, 1992. p. 51-86.

Algunos estudios indican, claramente, altas cifras de trastorno de personalidad evitadora entre el 33% al 60% de las anorécticas restrictivas y de trastorno borderline de personalidad en casi el 40% de las pacientes anorécticas bulímicas. En cambio, otros, sugieren que los trastornos de personalidad son relativamente poco comunes en la anorexia nerviosa (Garner, D., 1993).

Las cifras de prevalencia de trastorno de personalidad concomitante en pacientes con sintomatología anoréctica y bulímica oscila entre el 62% al 70%. En una exploración, el grupo anoréctico/bulímico tuvo una proporción significativamente mayor de trastorno de personalidad, el 39% reunió el criterio por al menos un diagnóstico, comparado con el 21% de los bulímicos y el 22% de los anorécticos. El trastorno de personalidad más común fue compulsivo (7%) y evitador (7%) entre los anorécticos, borderline (6%) e histriónico (6%) para los bulímicos y borderline (12%) para los sujetos con ambos trastornos (Herzog, D., 1996).

Dimensionalmente, Díaz-Marsá y cols. (2000), determinaron que los rasgos no impulsivos y tenaces en pacientes con patologías alimentarias se asocian con los cuadros restrictivos. Por otra parte, Sexton y cols. (1998), al examinar rasgos alexitímicos, observaron que las anorécticas restrictivas presentaban puntajes más altos que los controles en el ítem "dificultad para expresar los sentimientos", factor relativamente estable en las características de personalidad de estas pacientes, siendo la presencia de depresión, la variable más predictiva de la dificultad para identificar los propios sentimientos y para mostrarlos a los demás, típicos comportamientos alexitímicos.

## **Bulimia nerviosa y trastornos de personalidad**

Las cifras de trastorno de personalidad comórbida en bulimia nerviosa oscilan entre el 22% al 63%. Algunas exploraciones han detectado que el 30% de los individuos bulímicos sin historia de anorexia y el 47% de ellos con historia de anorexia reúnen los criterios para un trastorno de personalidad del *Cluster B* (dramático, emocional o errático), con el trastorno de personalidad borderline como el más común; 29% de los subgrupos bulímicos presentan un trastorno del *Cluster C* (ansioso-temeroso), de los cuales el 8% tiene un diagnóstico de trastorno de personalidad evitador (Matsunaga, H., y cols., 2000; Goldner, E., y cols., 1999).

Yager y cols. (1989) detectaron que el 75% de los sujetos bulímicos con peso normal tuvo un trastorno de personalidad, comparado con el 50% de aquellos pacientes con trastornos alimentarios subclínicos. Los diagnósticos más comunes, según el PDQ, fueron: esquizotípico, histriónico y borderline. Sin embargo, los trastornos por evitación y dependiente también se diagnosticaron.

## **Comer compulsivo y trastornos de personalidad**

Los sujetos con comer compulsivo han presentado cifras significativamente mayores de diagnósticos en el Eje II (35%), principalmente los trastornos borderline y evitador de

personalidad, versus un 16% de sujetos sin comer compulsivo, comparado con una cifra de 16.7% de individuos en un amplia encuesta epidemiológica llevada a cabo en la comunidad (Yanovski,S.,y cols.,1993).

Béhar y cols. (1999), administrando el MMPI a pacientes comedores compulsivos, detectaron en ellos una inclinación a la transgresión de las normas sociales, acompañada de un comportamiento impulsivo severo, con una baja tolerancia a la frustración y con problemas en relación a la autoridad. Se perfilaron como esquivos, retraídos y temerosos de las relaciones interpersonales. Asimismo, son ansiosos, aprensivos y proclives a la somatización. Presentaron, igualmente, pensamientos obsesivos y síntomas fóbicos, sentimientos de incompetencia y confusión del rol sexual.

## **Características categoriales y dimensionales de los trastornos de personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria**

---

### **Anorexia nerviosa, perfeccionismo y trastorno obsesivo compulsivo de personalidad**

En un estudio internacional multicéntrico, el perfeccionismo apareció como un rasgo prominente del contexto de personalidad en las pacientes anorécticas en comparación a sujetos control (Halmi K.,y cols.,2000). Una faceta del perfeccionismo es la tendencia a ver los logros en términos de blanco y negro, de tal manera que todo lo que es menos perfecto se visualiza como fracaso. El esfuerzo por la perfección es razón de un fuerte impulso de las anorécticas para obtener aprobación por parte de los otros. El perfeccionismo orientado hacia sí misma está específicamente ligado a la dieta y a las preocupaciones acerca de la delgadez. Davis y cols. (1997) encontraron que un alto nivel de ejercicio en las anorécticas se asocia con puntajes más altos en perfeccionismo. En este estudio, el aumento de perfeccionismo se asoció con un peso corporal más bajo y mayor prominencia de preocupaciones y rituales en el comer, como también una motivación disminuida para cambiar, precisando que la mayor severidad de los síntomas de la patología alimentaria se asocia con un mayor perfeccionismo (Béhar,R.,1996).

Los rasgos obsesivos de personalidad son comunes en pacientes con anorexia nerviosa primaria, cuya prevalencia fluctúa entre 69% y 76% (Matsunaga,H.,y cols.,2000; Nilsson,E.,y cols.,1999). En un estudio se encontró que el 27% de las pacientes anorécticas eran obsesivas, 51% mostraba ansiedad social y 22% eran hiperdependientes de sus familias (Dally P.,Gómez,J.,1979). Otro apoyo a la idea de que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo aumenta el riesgo para anorexia nerviosa proviene de un estudio de Lilienfeld y cols. (1998), de historia familiar, en el cual los familiares de las anorécticas mostraban más probabilidad que las familias control de presentar trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad, independientemente, si las probandos anorécticas exhibían un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo comórbido.

El deshacer defensivo del carácter obsesivo-compulsivo, que está relacionado con la ambivalencia, es el más evidente en el patrón de los vómitos de los contenidos gástricos ya ingeridos. La formación reactiva defensiva se manifiesta en una característica excesiva muy rígida de corrección consigo mismas, hacia los otros, y en el lado contrario de un deseo inconsciente de ser gorda y fuerte. La elaboración bizarra de comidas, especialmente aquellas que involucran evitación de ciertos tipos de alimentos y las ideas elaboradas, pero mal informadas, acerca del contenido calórico, son amplias manifestaciones de intelectualización defensiva típicamente obsesivo-compulsiva. La terquedad y la rigidez son muy prominentes y son los principales factores en la dificultad de lograr un cambio exitoso en el tratamiento con estas pacientes. La escrupulosidad, la rectitud, la tacañería también están presentes, aunque esta última, a veces, se oculta o se sustituye por un derroche autoindulgente. El negativismo es obvio en el rechazo alimentario y en la resistencia a todos los esfuerzos positivos de parte de los demás para reinstaurar una dieta saludable. La rebeldía se manifiesta mediante el quiebre de la ley y la ingesta de drogas, pero también en la conformidad; buena conducta, obediencia y la obtención de altísimos logros que, permanentemente, desafían los esfuerzos de su madre para alimentarla apropiadamente o, en algunos casos, sobrealimentarla. El elevado nivel de actividad física y motivación por el ejercicio, que requiere altos grados de energía en un contexto de debilidad y enflaquecimiento, resulta del impulso compulsivo a la excelencia y al éxito en el proyecto de perder peso de una manera virtualmente super humana. La conexión con el período de control en el desarrollo temprano y con la así llamada, según la terminología psicoanalítica, personalidad anal – más que la fase más temprana oral indicada por su foco en el comer–, ayuda a comprender el uso de laxantes y diuréticos en un esquema ritualístico y excesivo. Estas pacientes experimentan una escisión psíquica de sí mismas y de sus cuerpos, vivenciándolos como una entidad separada y odiada que debe ser controlada. Las sensaciones e impulsos corporales dan lugar a las tentaciones que deben ser refrenadas y finalmente castigadas. El abuso corporal y el autoenflaquecimiento constituyen una forma de sadismo dirigido en contra de un objeto experimentado como físicamente separado. Aquí hay gratificación experimentada en el dolor o incomodidad, infligida por la inanición y la debilidad, como también en el vómito autoinducido; y un tipo de placer perverso experimentado en el ver y el tocar disociados, la piel emaciada y los huesos de un cuerpo que evocan a una víctima de campo de concentración (Rothemberg,A.,1986).

## **Bulimia nerviosa, impulsividad y trastorno borderline de personalidad**

La impulsividad, como rasgo de personalidad, se ha demostrado prominente en pacientes bulímicas. De modo similar, el trastorno de personalidad borderline se encuentra en una fracción significativa de sujetos bulímicos. Aunque estos individuos no difieren significativamente de otros individuos bulímicos en los síntomas nucleares del trastorno alimentario, con la posible excepción de la frecuencia de las purgas, despliegan un mayor grado de comorbilidad psiquiátrica, perturbación interpersonal, conducta suicida y auto destructiva, un mayor uso de medicamentos psicotrópicos, hospitalizaciones, y una historia más frecuente de adversidad en la infancia que los bulímicos no borderline (Wonderlich,S.,Mitchell,J.,2001). Igualmente, Pryor y Wiederman (1998), observaron que las pacientes bulímicas exhibían más problemas con el control impulsivo, la adecuación social y el logro educacional.

Una investigación encontró que los individuos bulímicos altamente impulsivos pueden presentar comilonas en respuesta a otras claves que no sea la restricción alimentaria y son más proclives a exhibirlas cuando experimentan afectos negativos que los sujetos bulímicos con baja impulsividad (Wonderlich, S., Mitchell, J., 2001). Lilienfeld y cols. (1998), detectaron que los sujetos bulímicos poseían comorbilidad con trastornos por abuso de sustancia y tendían a tener familiares con mayor posibilidad de presentar un trastorno de personalidad del *Cluster B* en el DSM. La implicancia de este estudio es que los trastornos de personalidad dramático erráticos pueden ser un factor de riesgo familiar para la presencia comórbida de bulimia nerviosa y trastornos de abuso de sustancia, aunque el mecanismo de tal transmisión permanece poco claro.

Los informes de prevalencia de trastorno borderline de personalidad en poblaciones con trastornos alimentarios han oscilado entre 2% a 75%. Wonderlich y Mitchell (1992), informan de otro sondeo que utilizó el PDQ y que arrojó altas cifras de personalidad borderline entre los pacientes anorécticos con tendencias bulímicas y en pacientes bulímicos con peso corporal normal (33% y 47% respectivamente). En contraste, en otro artículo, se detectó que sólo 13% de los pacientes bulímicos reunía los criterios para personalidad borderline en el PDQ. Otro análisis, determinó un 16% de trastorno borderline de personalidad en pacientes con bulimia nerviosa, sin diferencia entre los estados de desórdenes activo y en remisión. Otra exploración verificó que los pacientes bulímicos con trastorno borderline de personalidad evidenciaban más sintomatología psiquiátrica que los pacientes con trastornos alimentarios sin este trastorno de personalidad. Otra investigación, utilizando el PDQ, demostró que un 63% reunía los criterios de al menos un trastorno del Eje II y 46% satisfizo el criterio para trastorno de personalidad borderline y/o histriónico. Otra publicación, basada en entrevista clínica, estableció que 55% de las anorécticas bulímicas y sólo el 7% de las anorécticas restrictivas reunían los criterios para diagnóstico borderline. Se sugirió que esta diferencia refleja la propensión de las anorécticas bulímicas a descargar los conflictos activamente, a diferencia de las anorécticas restrictivas que utilizan defensas como el autocontrol y la inhibición. Un estudio, utilizando el PDE, informó que el 33% de pacientes restrictivas, el 33% de anorécticas bulímicas y el 38% de pacientes bulímicas cumplían criterios para personalidad borderline. Se encontró que el trastorno alimentario no especificado, era significativamente más común en las pacientes femeninas borderline que en los pacientes masculinos: 20% de los pacientes masculinos borderline mostraron una historia de patología alimentaria severa y alrededor del 40% más mujeres que hombres borderline habían utilizado el alimento de modo autodestructivo.

Asimismo, Wonderlich y Mitchell (1992) aluden a evidencias que indican que los pacientes borderline no difieren de los pacientes alimentarios en el peso corporal, en la frecuencia de comilonas o en la edad de inicio del trastorno alimentario. Una de ellas demostró que los pacientes del grupo borderline usaban laxantes más frecuentemente que los no borderline y que tuvieron puntajes más altos en 6 de las 8 escalas del EDI (*Eating Disorders Inventory*). Otra informó que su muestra borderline vomitaba más a menudo que los pacientes alimentarios sin trastorno de personalidad. Varios investigadores indican que los pacientes borderline con trastornos de la conducta alimentaria informaban más alteración emocional, más abuso sexual, más automutilación, más intentos suicidas y mayor altera-

ción familiar percibida (hostilidad aumentada, cohesión disminuida y mayor abandono) que otros grupos sin trastornos alimentarios. Otra pesquisa determinó que las bulímicas borderline expresaron mayor alteración emocional y desorden en las actitudes alimentarias que el grupo no borderline, después de un año de evaluación.

## **Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno multi-impulsivo de personalidad**

En 1986, Lacey y Evans propusieron un subtipo de bulimia nerviosa denominada bulimia multi-impulsiva con un fracaso en el control impulsivo como su psicopatología fundamental. Este subgrupo se caracterizó por su pronóstico particularmente pobre, su necesidad de intervención por el especialista y por sus altas demandas en servicios de psiquiatría general y de emergencia médica. El diagnóstico debería incluir bulimia nerviosa con uno o más de los problemas de control de los impulsos que se mencionan en la Tabla N° 2. Asociada a cada una de estas conductas, existiría una sensación de estar fuera de control y los patrones impulsivos serían intercambiables y fluctuantes. Si las conductas fueran controladas de modo subsecuente, los pacientes desarrollarían intensos afectos de depresión o rabia.

**TABLA 2 • Criterios diagnósticos para la forma multi-impulsiva de bulimia \***

<b>A. Bulimia se asocia con uno o más de los siguientes:</b>
• Abuso grosero de alcohol
• Abuso de "drogas callejeras"
• Sobredosis múltiple
• Auto-daño repetitivo
• Desinhibición sexual
• Robo de tiendas
<b>B. Cada conducta se asocia a una sensación similar de estar fuera de control</b>
<b>C. Cada uno de estos patrones de conducta puede fluctuar siendo intercambiables e impulsivas</b>
<b>D. Los afectos del pacientes son de depresión e ira intensa que se manifiestan cuando las conductas son controladas</b>

\* Modificada de: Lacey JH, Evans C. The impulsivist. A multi-impulsive personality disorder. British Journal of Addiction 1986; 81: 641-649.

Lacey (1993) sugiere que estas actuaciones podrían estar relacionadas con un mecanismo común de falla en el control de la conducta impulsiva, debido al fracaso para considerar los riesgos y las consecuencias con falta de deliberación. Este conformaría un subgrupo distintivo de pacientes con trastornos múltiples del control de los impulsos que difieren del trastorno principal del cual derivan. El autor propuso el término "trastorno de personalidad multi-impulsivo" para distinguirlo del "uni-impulsivo", cuando exis-



te evidencia previa o presente de otras áreas de deterioro del control. Por otra parte, Sohlberg y cols. (1989) han demostrado que la impulsividad es el predictor más fuerte del desenlace a largo plazo en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Generalmente, estas conductas poseen una función similar de reducir o bloquear sentimientos desagradables o displacenteros, son marcadores de severidad, ya que no ocurren como conductas aisladas sino que se verifican sólo en presencia de la otra y representan una particular importancia clínica y pronóstica.

Rowston y Lacey (1992) determinaron que las bulímicas multi-impulsivas que roban, describieron relaciones interpersonales más pobres con los profesores y compañeros, con más cimarras y conflictos con la autoridad. Estos factores reflejan una alteración más grave de la personalidad, obteniendo puntajes más altos en la escala psicopática del MMPI. Los autores describen una investigación en que las pacientes bulímicas mostraban más cleptomanía y tuvieron puntajes relativamente altos en las subescalas de depresión, histeria, desviación psicopática y psicastenia del MMPI. También refieren otra investigación en la que este tipo de pacientes presentaban un afecto más lábil y tuvieron significativamente peor pronóstico.

Se ha observado que los individuos bulímicos que presentaban varias otras conductas impulsivas exhibían más psicopatología general y un curso menos favorable que los individuos bulímicos sin esa impulsividad. Otros estudios han demostrado que la automutilación, el abuso de sustancias y altos grados de conducta impulsiva en pacientes con patología alimentaria se asocian con historias de maltrato o trauma infantil (Wonderlich, S., Mitchell, J., 2001).

Fahy y Eisler (1993) entrevistaron a 39 bulímicas y encontraron que el 51% informó, además, de al menos alguna otra conducta impulsiva. Los pacientes participaron en un ensayo de terapia cognitivo-conductual de 8 semanas y fueron evaluados a las 16 semanas y al año. Al término del tratamiento, el grupo multi-impulsivo tuvo un peor desenlace comparado con el grupo no impulsivo. Sin embargo, a las 16 semanas y al año de seguimiento, en contraste con otros resultados, no se encontró diferencias entre ambos grupos. Estos hallazgos sugieren que las bulímicas con trastornos del control de los impulsos pueden no tener un desenlace más pobre.

## **Implicancias terapéuticas**

---

La significancia del perfeccionismo y los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa es poco clara y limitada por la ausencia de ensayos terapéuticos randomizados controlados. No se sabe si el perfeccionismo o el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo predicen un desenlace más o menos favorable en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Aunque existen descripciones conceptuales de aproximaciones terapéuticas para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, se cuenta con escasos datos empíricos sobre la efectividad de tales intervenciones. Por otro lado, la evidencia sugiere que el perfeccionismo es un factor de riesgo

para la depresión y predice una respuesta negativa al tratamiento psicoterapéutico, que persiste 18 meses después del término; y que la alianza terapéutica parece ser particularmente significativa como factor mediador para un desenlace terapéutico negativo en pacientes altamente perfeccionistas (Wonderlich, S., Mitchell, J., 2001).

Por otro lado, Strober y cols. (1991) encontraron una persistencia de conductas obsesivas, un pensamiento inflexible, introversión social, actitud dócil y espontaneidad social limitada después de la recuperación de peso en pacientes anorécticas restrictivas. Fahy y Eisler (1993) coinciden en que ciertas conductas, como la necesidad obsesiva de simetría y perfeccionismo, mayor evitación al riesgo, retraimiento, control impulsivo aumentado, persisten después de la recuperación de la anorexia nerviosa. Teóricamente, tales rasgos podrían ser la expresión conductual de una vulnerabilidad biológica. La serotonina es un sistema de neurotransmisión que podría contribuir a estos comportamientos. Las conductas encontradas en la anorexia nerviosa son opuestas en carácter a las conductas agresivas e impulsivas. La evidencia sugiere que después de una recuperación a largo plazo en la anorexia nerviosa, las pacientes han aumentado la actividad serotoninérgica neuronal y que los medicamentos serotoninérgicos específicos pueden mejorar el desenlace de este trastorno (Scrivasagam N. y cols., 1995).

Además, estudios recientes indican que los individuos dependientes y con trastornos alimentarios muestran rasgos de personalidad similares. No está claro si la orientación de personalidad dependiente realmente predispone a las adolescentes a la anorexia o a la bulimia, o si, al contrario, es una correlación o consecuencia de los trastornos alimentarios. Los clínicos que trabajan con sujetos con patología alimentaria debieran ser particularmente sensibles frente a los aspectos de dependencia que emerjan dentro de la psicoterapia y estar alertas a la posibilidad de que estos pacientes desarrollen una exagerada relación de dependencia con el terapeuta. Los temas de dependencia no resuelta son muy importantes en la relación de transferencia y pueden provocar fuertes reacciones contratransferenciales (Bornstein, R., Greenberg, R., 1991). El término de la terapia, relacionado fundamentalmente con temores de abandono y desvalimiento, puede ser muy trascendente.

Algunas manifestaciones sintomáticas de las pacientes anorécticas podrían ser catalogadas de alexitímicas. Las pacientes alexitímicas obtienen pobres resultados en las terapias psicodinámicas o expresivas. De esta manera, se ha demostrado la terapia cognitivo-conductual como la más eficaz en los trastornos alimentarios. Al ayudar a las pacientes a identificar, escribir y comentar los sentimientos de estado y las asociaciones cognitivas, capacidades para integrar los sentimientos y cogniciones, estos son corregidos y los sentimientos diferenciados. A través de este proceso, las distorsiones cognitivas se clarifican, se rotulan, se confrontan y son conectadas más efectivamente a los gatillantes afectivos negativos y a las conductas maladaptativas del comer subsecuentes. Los déficits significativos en la capacidad para expresar los estados de sentimientos a otros puede ser una contraindicación para un tipo interpersonal de psicoterapia (Sexton, M. y cols., 1998).

La información acerca del efecto de los rasgos impulsivos de personalidad o los trastornos dramático-erráticos de personalidad en el curso de una bulimia nerviosa o su respuesta al tratamiento es limitada, aunque los trastornos borderline o dramático-erráticos

de personalidad se han demostrado como predictores de un desenlace más pobre en seguimientos de uno, tres y cinco años. De igual modo, el rasgo de impulsividad se ha demostrado que predice un desenlace más pobre en pacientes con bulimia nerviosa. Los trastornos de personalidad borderline o del Cluster B parecen interferir con la respuesta a la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, o la farmacoterapia, aunque ha habido algunos informes de lo contrario (Wonderlich,S.,Mitchell,J.,2001).

La presencia de un trastorno borderline de personalidad, que parece asociarse con resultados terapéuticos más pobres y niveles más altos de psicopatología en el seguimiento, impone la necesidad de un tratamiento a más largo plazo que se focalice en la estructura de personalidad y maneje las relaciones interpersonales además de los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria (Wonderlich,S.y cols.,1997). Sohlberg y cols. (1989), encontraron que la conducta impulsiva era el predictor más fuerte para el pronóstico a largo plazo y plantearon que el problema en la bulimia nerviosa es el quiebre del hipercontrol, de manera que el hiper e hipocontrol obsesivo pueden estar presentes en el mismo individuo. Sugieren que la anormalidad subyacente es la incapacidad para regular los impulsos de manera flexible. La disfunción de serotonina ha sido invocada en la bulimia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, descontrol, conductas suicidas y trastornos afectivos. Las drogas serotoninérgicas específicas están siendo utilizadas cada vez más como tratamientos efectivos para estos pacientes, apoyando esta hipótesis serotoninérgica, mediante la cual, los efectos ambientales y otros patoplásticos pueden modificar la expresión clínica de la disfunción serotoninérgica (Newton,J.y cols.,1993).

Johnson y Connors (1984) han sugerido que, debido a que el paciente borderline bulímico experimenta un importante subdesarrollo en relación a los otros significativos, el terapeuta debería ofrecerle una relación terapéutica de apego, activa y estable. En contraste, en el paciente anoréctico restrictivo, la terapia debería ser menos activa y envolvente, ya que el temor intenso de invasión del paciente restrictivo borderline requiere una relación que sea independiente, pero claramente no caracterizada por el control o el dominio del terapeuta. Estos autores advierten que es importante reconocer que, aún en los tratamientos relativamente exitosos de los pacientes con trastornos del comer, la abstinencia de los síntomas alimentarios puede ser una meta no realista y opinan que es útil tener en mente que los síntomas relacionados con el comer pueden ser los menos destructivos entre las numerosas actuaciones impulsivas para reducir tensiones exhibidas por los pacientes borderline.

Milligan y Waller (2000) han señalado que las actitudes y conductas bulímicas parecen reducir estados inmediatos de angustia, particularmente cuando el individuo posee una fuerte tendencia a evitar la expresión de esa emoción y enfatizan el uso de terapias orientadas hacia los afectos en trastornos bulímicos, con el ánimo de corregir el manejo adaptativo de los estados emocionales que conducen a aumentar la ingesta alimentaria y a purgar.

Por último, se ha propuesto (Wonderlich,S.,Mitchell,J.,1992) que, más que el tipo específico de personalidad, el nivel general de funcionamiento del paciente presenta la mayor significancia para el tratamiento. Ciertos tipos de personalidad pueden beneficiarse particularmente con automonitoreo y planificación estructurada de comidas (histrionica

y dependiente), otros, con entrenamiento asertivo (dependiente, pasivo-agresivo y evitadora) y otros, con la rotulación de estados emocionales (obsesivo-compulsivo, esquizoide y dependiente).

## CONCLUSIONES

---

- Se ha reunido suficiente evidencia de la existencia de una relación entre trastornos alimentarios y trastornos de personalidad. Aunque hay una sustancial comorbilidad entre personalidad y trastornos alimentarios, el significado de esta relación permanece incierta y requiere mayor investigación a futuro sobre la repercusión de estos trastornos de personalidad en la formación de síntomas, curso clínico y respuesta al tratamiento en pacientes con patología alimentaria.
- La mayoría de los pacientes alimentarios reúnen criterios para al menos un trastorno de personalidad, más comúnmente borderline, evitador, obsesivo-compulsivo, dependiente o histriónico. Tipos particulares de trastornos alimentarios pueden estar asociados con trastornos de personalidad específicos, aunque todos los subtipos de trastornos alimentarios muestran una moderada prevalencia de trastorno borderline y dependiente.
- La bulimia parece estar asociada principalmente con trastorno borderline, narcisista e histriónico de personalidad, mientras que el evitador y el obsesivo-compulsivo pueden asociarse con anorexia nerviosa.
- La presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad se asocia con niveles más elevados de perfeccionismo, que es un factor de riesgo para la depresión, vinculado, a la vez, con mayor severidad de los síntomas de la patología alimentaria y predictor de una respuesta negativa al tratamiento psicoterapéutico.
- La presencia de trastorno borderline de personalidad concurrente se asocia con niveles más elevados de alteración emocional y familiar, historia de abusos y disfunción social, pero no con niveles atípicamente elevados de síntomas relacionados con el comer, implicando un impacto en la respuesta negativa de un trastorno alimentario y necesitando una terapia más intensiva. Un subgrupo de pacientes bulímicos se caracteriza por ser multi-impulsivo, que implica una mayor severidad del orden y un peor pronóstico terapéutico.
- Desde el punto de vista psicoterapéutico, representa una especial trascendencia el manejo, tanto de las conductas y fantasías de dependencia como la contención de la impulsividad y los actos impulsivos, con el apoyo de la farmacoterapia en los pacientes portadores de un trastorno de la conducta alimentaria.

## Capítulo 20

### TRASTONO DE PERSONALIDAD, DEPRESIVIDAD Y DEPRESIÓN

---

■◆ Andrés Heerlein Lobenstein

*“Entre los pacientes con la forma depresiva de la enfermedad, hay una cierta preponderancia a tener una personalidad depresiva; entre los pacientes con una forma más maniaca, una cierta preponderancia a presentar personalidades irritables o hipomaniacas y entre los pacientes con formas mixtas de la enfermedad, una tendencia a presentar rasgos de personalidad ciclotímicos....”*

*Kraepelin, 1913*

La personalidad ha sido relacionada en múltiples formas con el origen, desarrollo, evolución y recidiva de los trastornos depresivos. Sin embargo, el desarrollo científico acerca de las interacciones entre personalidad y depresión se ha visto claramente desfavorecido por la falta de nitidez en las definiciones, por la confusión en la terminología empleada y por las diferencias en los marcos teóricos utilizados. Estas dificultades no han podido ser subsanadas completamente, pero es posible sostener que en la actualidad existe mayor claridad en la definición de los principales conceptos y en la identificación de los problemas más relevantes. Así por ejemplo, hoy es posible distinguir claramente entre rasgo, estructura, disfunción y trastorno de personalidad, permitiendo un análisis más diferenciado de sus influencias en el fenómeno depresivo. A su vez, es posible discriminar entre la dimensión psicométrica “depresividad” y la condición mórbida “depresión”, la que puede presentarse en diferentes formas clínicas. Otro aspecto de relevancia ha sido la identificación de las principales teorías acerca de las posibles relaciones que establecen la personalidad y los trastornos del ánimo, los que se resumen en la Tabla N° 1.

TABLA N° 1 • Cinco Modelos sobre la Relación entre Personalidad y Depresión

---

**Modelo de vulnerabilidad o predisposición:** La personalidad representa una vulnerabilidad al desarrollo de una Depresión.

---

**Modelo de complicación:** La Depresión tiene como consecuencia un cambio permanente de la personalidad.

---

**Modelo patoplástico:** La personalidad modifica la expresión y el curso clínico de la depresión.

---

**Modelo de causa común:** La Depresión y la Disfunción de la Personalidad tienen un mismo origen.

---

**Modelo espectral o subclínico:** Personalidad y Depresión son distintas manifestaciones o fases de un mismo proceso patológico subyacente.

---

Algunos autores han esbozado otros modelos explicativos de esta asociación que, por razones de espacio, sólo podemos mencionar: modelo de "coefecto", modelo "artefacto" y modelo "heterogéneo". Para efectos del presente trabajo, intentaremos estudiar principalmente la personalidad como precursora, favorecedora o factor de riesgo para la depresión. En este sentido hay una abundante bibliografía que analiza el efecto de los rasgos de personalidad normal, de las disfunciones de personalidad y de los trastornos de personalidad en el síndrome depresivo. Para facilitar la transmisión de la información disponible acerca de las relaciones existentes entre los aspectos de personalidad y los fenómenos depresivos, creemos recomendable distinguir dos ámbitos de análisis bastante independientes entre sí: el de la personalidad normal (clínicamente) y el de la personalidad anormal.

## Personalidad normal, depresividad y depresión

---

Desde las descripciones originales de Hipócrates, numerosos autores de la literatura médico-psiquiátrica han relacionado la personalidad premórbida con los trastornos depresivos. En el siglo XVII, R. Burton describe diferentes rasgos de personalidad asociados con la melancolía. En forma intuitiva, este autor nos enseña las diferencias principales entre los fenómenos de "ser" y "estar" melancólico. Durante el siglo XIX, son numerosos los autores que relacionan aspectos de la personalidad con los trastornos afectivos. Así, Canstatt establece las bases del concepto de "vulnerabilidad", mientras Haindorf, Heinroth e Ideler, establecen los cimientos sobre los que posteriormente se construirán los modelos de relación entre la personalidad y la psicosis. En el siglo XX comienzan a realizarse las primeras descripciones sistemáticas de la personalidad de los diferentes tipos de pacientes depresivos. El trabajo sobre el *Duelo y la Melancolía* de Freud es un intento claro de favorecer las descripciones clínico-biográficas por sobre los "cortes transversales". Abraham (1954) incursiona, con mayor interés y profundidad, en el tema de la personalidad y la patología, distinguiendo dos tipos de personalidad asociados a la depresión: las estructuras anancásticas, más asociadas a las depresiones involutivas, y las estructuras orales, relacionadas con las depresiones biográficas.

No obstante, el desarrollo posterior del difícil problema que nos interesa es recogido nuevamente por los grandes psicopatólogos alemanes de comienzos de siglo XX. Kraepelin (1913) sostiene que los pacientes maniaco-depresivos suelen tener una personalidad previa muy similar al cuadro clínico, sólo menguada en su intensidad. No obstante, Kraepelin no es claro en establecer una relación directa y rigurosa entre estos rasgos de personalidad y la aparición posterior del cuadro clínico.

El desarrollo posterior de esta temática se atribuye primordialmente a Kretschmer (1921), quien dió un impulso significativo al tema de la constitución de la personalidad como forma específica de predisposición en el enfermar. En el ámbito psiquiátrico, este autor plantea la presencia de una estructura de personalidad en el trasfondo de los trastornos afectivos, más bien como una forma mitigada del trastorno mismo. A partir de las contribuciones de Kretschmer comienza a perfilarse la primera teoría de los temperamentos depresivos e hipertímicos. De acuerdo con ésta, existirían tres modelos básicos de temperamentos asociados a los trastornos afectivos: el temperamento depresivo, donde la persona tiende a oscilar en el ámbito de la depresividad; el temperamento hipertímico, donde la persona se inclina por un estado anímico más bien alegre, y el temperamento ciclotímico, donde el individuo oscila entre uno y otro.

Posteriormente, en Alemania, en forma casi paralela Dietrich y Tellenbach (1961), describen en la década del 60 un particular tipo de personalidad asociado a las depresiones melancólicas que éste último denomina "Typus melancholicus" y que se caracteriza por un excesivo afán de orden y limpieza, convencionalismo, relaciones sociales dependientes, excesiva meticulosidad y cautela, y temor al cambio. Las descripciones de Tellenbach no sólo permiten explicar el desarrollo de las depresiones melancólicas, sino que sirven para entender su evolución y su relación con la problemática personalidad-biografía-experiencia. Con la descripción del Typus melancholicus, Tellenbach, no sólo consigue establecer un elemento clave en la diferenciación de los trastornos depresivos, sino que logra salvar, en forma brillante, el hiato existente entre la personalidad, la situación desencadenante y la emergencia de la melancolía.

Posteriormente, uno de los principales investigadores en este tema, D.von Zerssen (1969, 1976, 1988) describe un tipo de personalidad de características opuestas al de Tellenbach, que asocia a los pacientes con Trastorno Bipolar, y que prefiere denominar "Typus manicus". Este Typus presenta características enteramente opuestas al "Typus melancholicus", como son: flexibilidad, sociabilidad, inconstancia, independencia y tendencia a buscar el cambio. La Tabla N° 2 revela las principales características de la personalidad del Typus melancholicus y el Typus manicus (ver Tabla N° 2).

TABLA N° 2 • Personalidad premórbida de los pacientes con Trastorno Unipolar o Bipolar de acuerdo a Tellenbachy von Zerssen

Typus melancholicus	Typus manicus	Ambos typus
Constante	Cambiante	Activo
Dependiente	Independiente	Eficiente
Convencional	Poco convencional	Cálido
Meticuloso	Superficial	
Ordenado	Desordenado	
Poco imaginativo	Imaginativo	
Conciente	Generoso	
Rígido	Flexible	
Cautó	Arriesgado	

Tras las descripciones originales de Tellenbach, el "Typus melancholicus" recibe una amplia base de apoyo en la psiquiatría antropológica de habla alemana. Los trabajos hermenéuticos de Kraus (1988, 1971) y Blankenburg brindan un sólido apoyo a la tesis de un tipo particular de personalidad asociado a las depresiones unipolares. Blankenburg, destaca del Typus melancholicus los rasgos de "solidez", en el sentido de mayor rigidez, mientras Kraus acuña el concepto de "hipernomía" en estos individuos. Para Kraus (1977), la esencia del Typus melancholicus está en una sobreidentificación con las normas y los roles sociales, en especial con el rol laboral o profesional. Los trabajos posteriores de Matussek, Copeland (1984), Heerlein (1996), Richter (1993, 1996) y también, hallazgos aislados en los estudios de Cloninger, le otorgan un sólido respaldo empírico al concepto de Typus melancholicus asociado por Tellenbach con la depresión unipolar (cfr. Möller, H., y cols., 1987).

Los trabajos de von Zerssen (1988), Angst y Clayton (1978, 1986, 1994) lograron dar consistencia empírica a la dicotomía unipolar-bipolar sugerida por Leonhard (1963). Estudios de Carney (1965) y de Winokur (1995, 1967) intentaron diferenciar –desde la perspectiva de la personalidad– los diferentes grupos de depresión, contrastando en forma nítida las depresiones endógenas de las neurótico/reactivas. Carney logra identificar características de estado y de rasgo relevantes para la diferenciación de las depresiones endógenas y no-endógenas (Tabla N° 3). Asimismo, este autor, perteneciente al Grupo de Newcastle liderado por Martin Roth, logra demostrar cómo algunas características sintomatológicas y de personalidad permiten predecir la respuesta clínica a la Terapia Electroconvulsiva (ver Tabla N° 3).



**TABLA N° 3 • Características de la personalidad para el diagnóstico diferencial y predicción de la respuesta a la T.E.C entre Depresión Endógena y Depresión Neurótico/Reactiva de acuerdo a la Escala de Newcastle**

Características	Depresión Endógena	Depresión/Neurótico reactiva
Personalidad adecuada	+ 1	-----
Sin psicogénesis adecuada	+ 2	-----
Reprochar a los otros	-----	+ 1
Culpa	+ 1	-----

Respuesta a la T.E.C.	
Constitución pícnica	+ 3
Autocompasión	- 1
C. Hipocondríacas	- 3
C. Histéricas	- 3

Posteriormente, Winokur propone una tipología particular para las depresiones neuróticas, apoyándose en estudios empíricos acerca de la diferente heredabilidad de ambos trastornos dando mayor sustento a esta distinción. La Tabla N° 4 revela las principales características propuestas por Winokur para esta última entidad.

**TABLA N° 4 • Problemas de personalidad asociados a la Depresión "Neurótica"**

- Irritabilidad permanente
- continuamente evita las responsabilidades (inmadurez)
- difícil de tratar
- continuamente quejándose de síntomas somáticos
- se enoja fácilmente (labilidad emocional)
- tiene serios problemas de personalidad (personalidad inadecuada).

Winokur 1985

No obstante, las evidencias empíricas registradas por v. Zerssen, y las múltiples descripciones coincidentes en torno al *Typus melancholicus*, no son suficientes para convencer a numerosos detractores de estos postulados.

Así, por ejemplo, los autores de la literatura anglosajona, durante muchos años desconocieron los trabajos de los autores alemanes antes mencionados, aduciendo, generalmente, una falta de evidencia empírica. En tres importantes revisiones recientes sobre el tema de la personalidad y los trastornos del ánimo, Akiskal y Hirschfeldt (1992) sólo incursionan superficialmente en los postulados de Tellenbach y von Zerssen, priorizando

la problemática dimensional, cuantitativa y el complejo problema de los trastornos de personalidad asociados. De hecho, Akiskal (1979,1989) prefiere reducir el concepto de *Typus melancholicus*, simplemente, a una estructura de personalidad anancástica. No obstante, un análisis más profundo acerca de estas dos tipologías realizado por Kraus, logra demostrar, claramente, las significativas diferencias existentes entre el *Typus melancholicus* y la estructura de personalidad anancástica (Heerlein, A., y cols., 2002). Resultados preliminares de nuestro grupo de trabajo también registran diferencias significativas en la personalidad premórbida de los pacientes obsesivo-compulsivos al compararlos con los depresivos unipolares.

Contribuciones importantes, aportadas por Bagby y –recientemente– por Black en la literatura norteamericana, también tienden a apoyar algunas de las características descritas para el *Typus melancholicus* (Berlanga, C. y cols., 1999; Blatt, S. y cols., 1995). No obstante, la similitud de estas descripciones no ha sido destacada cabalmente en las discusiones teóricas acerca de este tema.

Por otro lado, las características del mismo *Typus* sugieren, a su vez, que éste podría estar condicionado por influencias culturales propias de los países desarrollados (en particular Japón y países de Europa central), donde el apego al trabajo, al orden y la disciplina tienen un lugar preponderante en la escala de valores. Estas características no estarían tan presentes en otras culturas del orbe donde, sin embargo, se presentan cuadros melancólicos de similar sintomatología. Los trabajos de nuestro grupo de investigación han demostrado, en forma clara, que el *Typus melancholicus* corresponde a un fenómeno independiente de las culturas, presente tanto en Chile como en Alemania en estrecha asociación con la depresión mayor melancólica.

Utilizando un marco conceptual similar, nuestro grupo de trabajo logró demostrar rasgos de personalidad alexitímicos en los pacientes depresivos endógenos, lo que no se registró en los depresivos no-endógenos (Heerlein, A., 1989, 1991). Asimismo, el grupo de pacientes endógenos presentó en varias culturas un estilo cognitivo muy particular, caracterizado por una marcada intolerancia a la ambigüedad y por rigidez (Heerlein, A., 1991, 1997). Estas características de la personalidad no sólo permiten facilitar el diagnóstico diferencial de las depresiones, sino que permiten una mayor comprensión del fenómeno de la melancolía.

Desde una perspectiva antropológico-existencial, los rasgos alexitímicos, la rigidez y la intolerancia a la ambigüedad, pueden ser vistos como elementos fundamentales de la vulnerabilidad de los melancólicos, explicando el por qué las situaciones de cambio o de pérdida conducen fácilmente a una descompensación afectiva en estos sujetos (Heerlein, A., 1996).

Emergiendo de una vertiente totalmente diferente, los trabajos de Brown y Harris (1978), sobre los orígenes sociales de la depresión, establecieron que la “adversidad social” constituía un factor primordial en la emergencia de las depresiones. Esta adversidad no debe ser vista como la suma de factores psicosociales estresantes, sino como un particular estilo de personalidad que favorece la emergencia de síntomas psiquiátricos menores. En un estudio prospectivo, Angst (1978, 1986) logra demostrar que la “afectividad negativa” es

el principal antecedente psicométrico del primer episodio depresivo, entendida esta como una variable de personalidad. Finalmente, Harris (1990) concluye que una evaluación negativa del self (auto-reproche caracterológico) sería el elemento más importante en la personalidad que hace vulnerables a las personas a enfermar de depresión.

Observamos entonces, que son varias y distintas las conclusiones a las que han arribado los diferentes autores interesados en el tema de la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, la mayor parte de ellos está de acuerdo en que la depresión tiene antecedentes claros en el ámbito de la personalidad, y que estos constituyen una vulnerabilidad particular, sobre la que actúan los estresores psicosociales, no como agentes causales, sino como elementos concomitantes que descompensan al individuo.

## **Rasgos de personalidad, respuesta terapéutica y evolución de las depresiones**

---

El Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia suelen ser patologías recurrentes con un pronóstico reservado. Los pacientes suelen tener recaídas, presentando, en ocasiones, tendencias a evolucionar hacia la cronicidad. Luego de un tratamiento hospitalario de un episodio depresivo mayor, 25% de los pacientes tienden a recaer dentro de los primeros 6 meses del alta, un 30 a 50% dentro de los primeros 2 años y un 50 a 75% dentro de los 5 años posteriores al alta. El porcentaje de pacientes que presenta una remisión completa, tras el tratamiento hospitalario, tiende a disminuir con el tiempo, y un 10 a 15% de las Depresiones Mayores evoluciona hacia la cronicidad. A medida que aumenta la frecuencia de episodios bipolares o depresivos, el intervalo asintomático se va haciendo más breve y la severidad se va incrementando. El reconocimiento de los factores predictores del curso clínico, de la respuesta al tratamiento y de la evolución de los trastornos anímicos es, por tanto, un tema de relevancia en Psiquiatría.

Diferentes estudios han intentado determinar las formas de interrelación que se establecen entre la personalidad y la evolución de un trastorno afectivo. Se han descrito rasgos específicos de la personalidad que afectan –positiva o negativamente– el pronóstico, como también trastornos de la personalidad, que generalmente se han vinculado a una evolución más pobre. A su vez, dichos rasgos y trastornos han sido postulados como importantes predictores en el desarrollo, respuesta clínica y evolución de los trastornos depresivos.

Si bien la información de que se dispone es cuantiosa, generalmente revela importantes contradicciones, haciendo su análisis particularmente difícil. No existe un marco teórico claro y delimitado que permita ordenar dichos conocimientos, despejando así el confuso panorama en el que se mueven los estudios actuales.

Desde los estudios de Carney (1965) y el grupo de Newcastle, numerosas investigaciones han sugerido una diferenciación substantiva en el rol que cumplen los factores de

personalidad en la emergencia, evolución y respuesta clínica de ambas formas de depresión. Carney y cols concluyen que las depresiones endógenas presentan una personalidad premórbida adecuada, lo que predice una buena respuesta al tratamiento biológico. El reprochar a otros, la autocompasión y las tendencias histéricas o hipocondríacas, en cambio, predicen un mal pronóstico. La mayoría de los estudios han corroborado los postulados del grupo de Newcastle, en el sentido de una ausencia de una disfunción de la personalidad en el grupo de depresivos endógenos (Angst, J., 1986; Chodoff, P., 1972; Ernst, C., 1992; Goodwin, F., 1991; Heerlein, A., 1997). Winokur (1967), por su parte, sugiere que el grupo no-endógeno o neurótico (hoy día distimia), corresponde a una entidad independiente, y que se caracteriza por:

- Irritabilidad permanente; continuamente evita las responsabilidades (inmadurez); difícil de tratar; continuamente quejándose de síntomas somáticos;
- se enoja fácilmente (labilidad emocional) y tiene serios problemas de personalidad (personalidad inadecuada) (ver tabla N° 4).

Boyce (1992) también apoya la noción que los pacientes con depresión neurótica tienen una personalidad inestable, con un mal pronóstico y una tendencia a la cronicidad. Copeland (1984) registra más trastornos de la personalidad entre los depresivos neuróticos. Tsuang logra diferenciar a los depresivos neuróticos de los no neuróticos en la sintomatología, curso clínico y evolución. Los neuróticos tienen menor frecuencia de melancolía, menor prevalencia de síntomas psicóticos, peor pronóstico a los 3 años y una frecuente historia de alcoholismo intrafamiliar. Un estudio de Parker muestra que los pacientes depresivos con melancolía (endógenos) tienen un patrón de recuperación diferente al de los pacientes no-endógenos: Extroversión predice un buen pronóstico en ambos grupos; la ausencia de un trastorno de personalidad predice un buen pronóstico para el grupo melancólico, mientras que la ausencia de timidez en la infancia predice un buen pronóstico en los no melancólicos. Los resultados sugieren la necesidad de realizar los estudios de pronóstico y evolución de ambas formas depresivas por separado. Los trastornos de la personalidad explican el 20% de la varianza en la evolución del grupo de los depresivos neuróticos, y sólo un 2% en el grupo de los endógenos. Por lo tanto, hay cuantiosas evidencias que sugieren que la depresión endógena debe ser analizada separadamente de la depresión neurótico/reactiva, tanto en sus aspectos clínicos y terapéuticos como en su evolución.

La mayoría de los estudios especializados coinciden en señalar que el neuroticismo, como así también las actitudes disfuncionales, empobrecen el pronóstico de una depresión. Los trabajos de Shea (1990), Scott (1992) o Duggan (1990) son concluyentes en este sentido. La "sensibilidad interpersonal", definida como rasgo, también ha sido asociada con una mala evolución de las depresiones, tanto mayores como distímicas.

Utilizando el cuestionario de personalidad de Eysenck Scott y cols. (1992) encontraron que el neuroticismo era uno de los principales predictores de la mayor duración de la enfermedad.

Berlanga y cols. (1999) encuentran que el neuroticismo predice una mayor probabilidad de aparición de episodios recurrentes, compartiendo valor predictivo con en número de episodios previos, la duración del tratamiento y la respuesta en el episodio índice.

Basado en el modelo de Cloninger, Joyce (en Heerlein, A. y cols., 2002), encontró que ciertas variables de la personalidad permiten predecir la respuesta al tratamiento, mientras que los síntomas no predicen. De acuerdo a Joyce, los sujetos con escasa curiosidad, poca evitación de riesgos y alta búsqueda de recompensa suelen tener una mala respuesta al tratamiento. En este trabajo, los rasgos de la personalidad lograron predecir cerca del 50% de la varianza de las respuestas al tratamiento. Al igual que en el caso de los trastornos de la personalidad, las actitudes disfuncionales o el neuroticismo, entendidos como rasgos de la personalidad, afectan negativamente la evolución y el pronóstico de las depresiones o distimias, conduciendo frecuentemente a los pacientes a estados de cronicidad.

TABLA N° 5 • Correlaciones significativas (pearson) entre respuestas terapéutica y diferentes rasgos de personalidad de acuerdo al Clinical Checklist en un grupo de 51 depresivos mayores (Heerlein y cols.)

Treatment response		Treatment response	
Positive correlations		Positive correlations	
stability	++	neuroticism	--
self-esteem	++	impulsivity	--
perfectionism	++	negativism	--
extraversion	+	depressiveness	--
calm	+	anxiety	--
rigidity	+	dependency	-
lack of fantasy	+	hostility	-
		infantillism	-
		irritability	-
		to blaim others	-

++ : Positive correlation  $p < 0.01$     -- : Negative correlation  $p < 0.01$

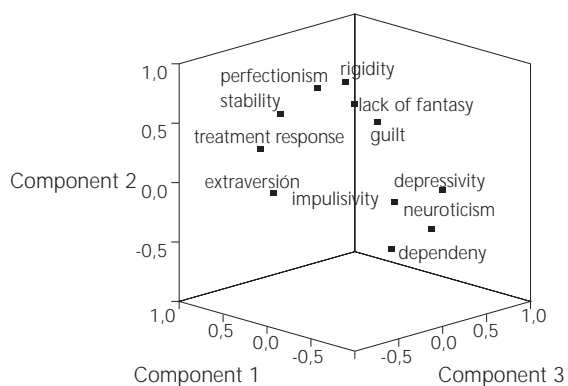
+ : Positive correlation  $p < 0.05$     - : Negative correlation  $p < 0.05$

En un estudio sobre la respuesta terapéutica a ISRS realizado en la Universidad de Chile pudimos comprobar que, entre otros, el neuroticismo, la impulsividad, la depresividad, la agresividad y la ansiedad crónica son rasgos que predicen una mala respuesta a la fluoxetina (Tabla N° 5). En el mismo estudio pudimos observar que la estabilidad, una buena autoestima, el perfeccionismo y la extroversión predicen una respuesta favorable (ver Tabla N° 5) (Heerlein, A. y cols., 2002). El análisis estadístico más sofisticado –mediante el método de análisis de Componente Principal– revela resultados similares, que se expresan en tres dimensiones (ver Tabla N° 6).

---

**TABLA N° 6 • Análisis de Componente Principal de variables de personalidad y respuestas terapéutica en depresivos mayores (N=51)**

---



Un estudio reciente de Bagby (1995) señala que la extroversión es un rasgo de la personalidad que parece favorecer la evolución y pronóstico de las depresiones unipolares. No obstante, parece ser que este rasgo es exclusivamente predictor para las depresiones unipolares con melancolía, pero no para las depresiones mayores no endógenas o reactivas. En otro estudio de seguimiento a largo plazo realizado en la Universidad de Chile pudimos constatar que la extroversión es un potente predictor de buena evolución en depresión unipolar, así como también la presencia de tendencias esotéricas (Heerlein, A. y cols., 2002). Estos hallazgos son especialmente relevantes si se analizan desde la perspectiva psicoterapéutica interpersonal. Clark y cols. (1994) –en una revisión del tema– encuentran datos que permiten asociar puntuaciones bajas en extroversión, con una tendencia a la cronificación en los cuadros depresivos, prolongándose, en dichos casos, el tiempo de persistencia de los síntomas.

## Trastornos de personalidad, depresividad y depresión

---

Empleando sistemas de diagnóstico categoriales, no existe evidencia de una asociación característica entre los trastornos del ánimo y categorías específicas de trastornos de personalidad, tanto en pacientes psiquiátricos como en la atención primaria. No obstante, en un amplio estudio de Casey (1990, 1995), se encontró que los sujetos que tenían un diagnóstico en el Eje I del DSM IV presentaban una mayor frecuencia de diagnósticos en el Eje II, al compararlos con pacientes sin diagnósticos en los ejes I y II. En el caso de la depresión mayor, un 50% de los pacientes registraron un diagnóstico en el Eje II. Tyrer encontró una aparición conjunta, varias veces superior, de trastornos depresivos y trastornos de personalidad de características dramáticas (Cluster B) o ansiosas (Cluster C) (57). En relación a la asociación con el trastorno límite de la personalidad, numerosos

autores coinciden en afirmar que no existe ninguna relación entre ambos diagnósticos y que las asociaciones que se han descrito corresponden a artefactos de clasificación diagnóstica. Si bien esta visión está apoyada en fundamentos teóricos, nosotros pensamos que existen evidencias para suponer, en algunos casos de depresión no endógena, una vulnerabilidad compartida entre la depresión y el trastorno límite. En un trabajo sobre el tratamiento de la depresión desarrollado en el NIMH por Shea y cols. (1990), se registró una incidencia de 74% de al menos un trastorno de personalidad según criterios DSM III y, en un 57% de los casos, tenían más de un diagnóstico de trastorno de personalidad. Esta asociación tuvo una influencia importante sobre la respuesta terapéutica, lo que será analizado posteriormente.

En un estudio de regresión múltiple, Alnaes y cols. (1997) registran un aumento de la asociación entre trastornos de personalidad y depresiones cuando se amplían los criterios de las depresiones, aceptando la presencia de trastornos depresivos menores y de distimias. Esto parece haber sido corroborado por el reciente estudio descriptivo de Hyman Rapaport y cols. (2002) sobre depresión menor, donde pese a la exclusión de la comorbilidad de distimia y depresiones en el eje dos del Cluster B, se encontró una muy alta (48%) historia familiar de trastornos no afectivos.

## **Trastornos de personalidad, respuesta terapéutica y pronóstico de la depresión**

En los últimos años, diferentes autores han sugerido que la presencia de un Trastorno de la Personalidad (TP) asociado a la depresión afecta negativamente su pronóstico y su respuesta al tratamiento. Como señaláramos anteriormente, en un trabajo sobre el tratamiento de la depresión desarrollado en el NIMH por Shea y cols. (1994) se registró una incidencia de 74% de al menos un trastorno de personalidad según criterios DSM III, y en un 57% de los casos tenían más de un diagnóstico de trastorno de personalidad. El grupo con trastorno de personalidad asociado reveló un número significativamente menor de remisión completa a las 16 semanas, presentando una mayor probabilidad de continuar con síntomas residuales y con un peor funcionamiento social. Shea no detectó diferencias significativas en el retardo terapéutico entre los tres grupos de trastornos de la personalidad, aunque sí encontró un mayor número de abandonos en el grupo con un trastorno de personalidad asociado del Cluster B.

Diguer (1993) revela que los pacientes con un trastorno de personalidad asociado tienen más alteraciones psiquiátricas severas después de seis meses de tratamiento. Sato concluye que la presencia de cualquier tipo de TP ensombrece el pronóstico a los cuatro meses.

En una extensa revisión, Ilardi muestra que en 14 estudios que utilizaron los criterios diagnósticos del DSM III para TP asociado a la depresión mayor, la comorbilidad empeora el pronóstico de la depresión. Siete estudios que utilizaron criterios de TP distintos al DSM III también predicen un mal pronóstico para la depresión.

Cabe la pregunta acerca de cierto tipo o grupo de trastornos de la personalidad que afecten selectivamente el pronóstico de la depresión. La mayoría de los estudios revelan

que no hay tipos o grupos específicos de trastornos de personalidad que afecten en forma selectiva el curso de la depresión. Greenberg y cols. (1995) concluyen, no obstante, que el Cluster A (grupo paranoide-esquizoide-esquizotípico) predice una peor respuesta al tratamiento y una evolución menos favorable. De acuerdo con Fava (1996), la comorbilidad de un TP del Cluster B favorece el pronóstico de la depresión. Greenberg (1995) sugiere que los TP del Cluster C empobrecen el pronóstico.

La influencia de los trastornos de la personalidad en el curso de los trastornos del ánimo se puede ejercer a través de múltiples vías, como son, por ejemplo, las redes sociales menos desarrolladas, patrones de afrontamiento desfavorables, aumento de acontecimientos estresantes, etc. Alnaes y cols. (1997) encuentran -junto a estos factores- que el trastorno límite de la personalidad y los rasgos de personalidad dependiente son predictores de recaídas en depresión mayor.

De un modo más general, Tyrer encontró que aquellos pacientes psiquiátricos que presentaban un trastorno de personalidad asociado tenían redes sociales menos desarrolladas y con menos figuras significativas, lo que se relacionaba con una peor recuperación de síntomas depresivos y del funcionamiento social. Tyrer (1997) también observó que los pacientes con trastornos de personalidad asociado se beneficiaron más del tratamiento cuando éste fue hecho al interior de un servicio hospitalario, lo que subraya la influencia de los factores de personalidad en la respuesta terapéutica.

Entonces, podemos concluir, que los trastornos de personalidad ejercen una influencia negativa sobre la evolución de las depresiones. No obstante, es necesario aislar dimensiones más finas y estables para poder visualizar los factores que ejerzan un rol relevante en este proceso. Para ello, será necesario abocarse al estudio de rasgos específicos de la personalidad que puedan determinar el curso de los trastornos depresivos.



## Capítulo 21

### EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

---

■◆ *Jorge Cabrera Contreras*

La relación entre la personalidad y los trastornos del ánimo es compleja y ha sido objeto de análisis desde la antigüedad. Kraepelin (1921) en su texto señaló que “entre los pacientes con la forma depresiva de la enfermedad, hay una cierta preponderancia a tener una personalidad depresiva, entre los pacientes con una forma más maniaca, una cierta preponderancia a presentar personalidades irritables o hipomaniacas y en los pacientes con forma mixta de la enfermedad, una tendencia a presentar rasgos de personalidad ciclotímica”.

Varios estudios han sugerido que los trastornos de personalidad son frecuentes en el paciente con trastorno bipolar, y pueden complicar el tratamiento y empeorar el curso natural de esta enfermedad. Desde el punto de vista de la planificación de los programas de Salud Mental, es importante conocer la prevalencia y la influencia de los trastornos de personalidad en la evolución del trastorno bipolar, con el objeto de evaluar las alternativas terapéuticas y psicoterapéuticas más efectivas para el tratamiento integral de este subgrupo de pacientes bipolares.

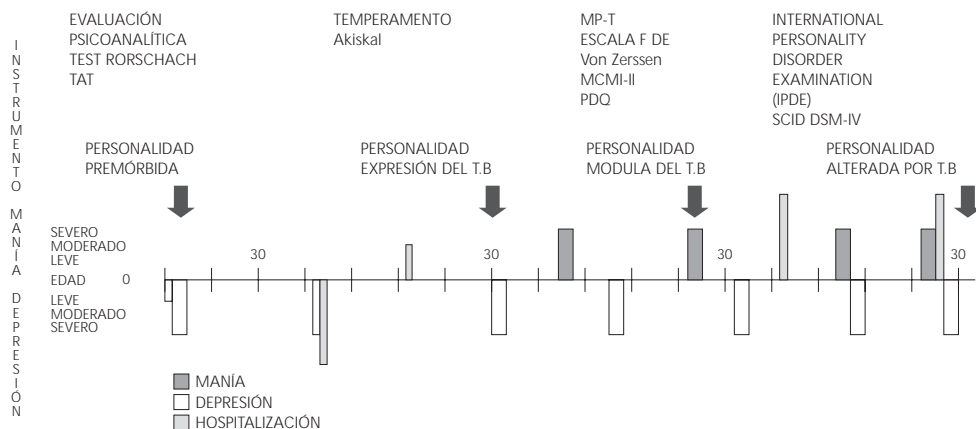
Las siguientes hipótesis han sido formuladas para comprender las interacciones posibles entre la personalidad y el trastorno bipolar del estado de ánimo:

1. La personalidad puede constituir un factor que predispone al desarrollo de un trastorno bipolar. Esta hipótesis postula que el estilo de personalidad precede y, por lo tanto, predispone a la persona al desarrollo de una enfermedad del ánimo. Este punto de vista es sustentado por el psicoanálisis y también es suscrito por la psicología cognitivo-conductual. Abraham (1911) describió los rasgos caracterológicos de los sujetos vulnerables a enfermar de melancolía como una mezcla de rasgos orales y anales: ambivalencia, obstinación, simbiosis, avaricia y escrupulosidad. Freud (1917)

contrapuso el duelo normal con la predisposición que presentaban ciertos pacientes a desarrollar una melancolía. En el año 1940 Klein –en su trabajo *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*– relacionó la depresión con la posición depresiva. Según Klein, estos pacientes nunca vencieron la posición depresiva infantil. La autora visualizó a los estados maniacos depresivos como una consecuencia del fracaso en instalar objetos buenos durante la niñez y de sentir seguridad en su mundo interno.

2. La personalidad puede ser una expresión del trastorno del ánimo. En este caso, los rasgos de personalidad son vistos como manifestaciones de formas leves o moderadas del trastorno subyacente del ánimo. Se supone que el temperamento de la persona está ligado con la predisposición genética a la manía y a la depresión. Esta visión, consustancial de los trabajos de Kraepelin (1921) y Kretschmer (1921), es compartida, en parte, por la mayoría de los investigadores modernos quienes postulan un continuo de estados del ánimo.
3. La personalidad puede actuar como un modulador del trastorno del ánimo. Von Zerssen (1977) enfatiza el rol de la personalidad en la determinación de la presentación clínica del patrón de síntomas afectivos (especialmente en los tipos de personalidad obsesivo, dependiente o histérico), en la respuesta a la psicoterapia y a los medicamentos, así como al acatamiento del tratamiento indicado. Este autor postula que la personalidad es un crucial determinante de la naturaleza y de la capacidad para establecer relaciones interpersonales profundas. La calidad de estas últimas, puede constituirse en un factor desencadenante de eventos o de proveer apoyo emocional durante un episodio agudo de la enfermedad. Se supone que la capacidad de elaborar la gran cantidad de stress y complicaciones del trastorno del ánimo depende de la personalidad premórbida y de la estructura del carácter.
4. La personalidad puede ser una alteración causada por el trastorno bipolar. En este marco de referencia, se afirma que la personalidad es alterada por la experiencia del trastorno del ánimo. Se afirma que los cambios en la autoestima, el patrón de interacciones sociales, la capacidad de mantener el empleo y relaciones interpersonales significativas, la frecuencia y cambios del ánimo, así como el nivel de energía, causan cambios reversibles o irreversibles de la personalidad a corto y largo plazo.

FIGURA N° 1 • Evaluación de personalidad en trastorno bipolar



Nota: La figura 1 muestra las escalas de evaluación de trastornos de personalidad que se pueden usar para evaluar pacientes bipolares durante distintos momentos de la evolución de la enfermedad.

Este capítulo revisa los trastornos de personalidad que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes bipolares y se presentan viñetas clínicas que ilustran la presencia de esta comorbilidad.

## Trastornos de personalidad en la población general

Las investigaciones realizadas en Estados Unidos y Europa han sugerido que la prevalencia de los trastornos de personalidad depende de la población estudiada y de la metodología empleada (ver Tabla N° 1). La tasa de trastornos de personalidad en la población general, a excepción del trastorno de personalidad antisocial, es poco conocida. La estimación de la prevalencia oscila entre el 11% (informado en una muestra al azar en Iowa City n: 235, en Reich, J., y cols., 1989) y el 18%, usando la entrevista estructurada para evaluar Trastornos de Personalidad de DSM III en una muestra de (n: 797) familiares de pacientes y controles (Zimmerman, M., Coryell, W., 1989). En un estudio reciente realizado en la ciudad de Baltimore, usando una entrevista semiestructurada, se examinaron 810 adultos en la comunidad y se encontró una prevalencia de 5,9%, según criterios diagnósticos del DSM III (Samuels, J. y cols., 1994). En la ciudad de Santiago de Chile el estudio realizado por Rioseco y Vicente (1994), utilizando el instrumento CIDI DIS, encontró una prevalencia de trastorno de personalidad antisocial de 1.93%, en una muestra de n: 1.363 personas mayores de 15 años.

TABLA N° 1 • Prevalencia de los Trastornos de Personalidad en la Población General

Autor	Criterio Diagnóstico	Población	Prevalencia
Reich 1989	PDQ	Adultos azar n: 235 Iowa City	11%
Zimmermann 1984	SCID DSM III-R	n: 797	10%
Samuels 1994	SCID DSM III-R	n: 810	5.9%
Rioseco 1994	CIDI DSM III-R	> 15 años n:1363 Santiago de Chile	1.93% Personalidad antisocial

## Comorbilidad de trastorno de personalidad en trastorno bipolar

Los estudios que han examinado la coexistencia de trastornos de personalidad en pacientes bipolares, han encontrado cifras que oscilan entre el 22% y el 62% (Koenigsberg, H., y cols., 1985; Figueroa, A., y cols., 1999) (Tabla N° 2). La comparación de estos resultados es problemática debido a las siguientes limitaciones: las poblaciones estudiadas difieren entre ellas, las escalas de evaluación y los criterios diagnósticos empleados son diferentes y, por último, la recolección de los datos y análisis de los resultados son disímiles.

TABLA N° 2 • Prevalencia de los Trastornos de Personalidad en Pacientes Bipolares

Autores	Enquadre	Evaluación	Comorbilidad TP(%)
Kay <sup>(26)</sup> et al, 2002	Ambulatorio	SCID II	38
Ucok <sup>(20)</sup> et al, 1998	Ambulatorio	PDE	48
Barbato & Hafner <sup>(25)</sup> , 1998	Ambulatorio	IPDE	45
Peselow <sup>(22)</sup> , 1995	Ambulatorio	SIDP	57
Carpenter et al <sup>(18)</sup> , 1995	Ambulatorio	PDE	22
O'Connell et al <sup>(21)</sup> , 1991	Ambulatorio	PDQ-R	58
Pica et al <sup>(19)</sup> , 1981	Hospitalizado	SIDP	62
Charney et al <sup>(17)</sup> , 1981	Ambulatorio	Clínica	23

Nota: La prevalencia de trastornos de personalidad oscila entre el 22% y el 62%.

En un estudio que se realizó en una clínica de trastornos del ánimo en la ciudad de Valparaíso de Chile, Figueroa y colaboradores (1999), en una muestra donde se comparó a 13 pacientes depresivos unipolares, 14 bipolares I, con 16 controles, utilizando el instrumento Evaluación Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE) (Loranger, A., 1995); se encontró un alto porcentaje de patología en el grupo bipolar con un predominio de trastornos de personalidad de grupo B, 1 histriónico, 1 antisocial, 1 narcisista y 1 esquizotípico y

2 evitativos de los grupos A y C respectivamente. Además, en 8 pacientes bipolares, los investigadores encontraron un “diagnóstico probable” de trastorno de personalidad, en aquellos casos donde no se cumplían con todos los criterios exigidos por el IPDE.

En un trabajo realizado en un Centro de Salud Mental en Australia (Barbato, N., Hafner, R., 1998), en un grupo de 42 pacientes bipolares diagnosticados con los criterios del DSM IV, se encontró que en la ficha clínica los psiquiatras habían diagnosticado un trastorno de personalidad bipolar sólo en el 7%. Cuando se utilizó una entrevista clínica estructurada, usando el IPDE (Loranger, A., 1995), el porcentaje de pacientes que presentaban algún trastorno de personalidad subió al 45% del total de los pacientes, con un predominio de trastorno de personalidad histriónico en las mujeres y antisocial en los hombres (ver Tabla N° 3). Estos pacientes presentaron un número de hospitalizaciones más elevado, una menor respuesta a los medicamentos y un nivel de empleo más bajo.

En un estudio recientemente publicado, Kay (2002), se evaluó a cincuenta y dos pacientes hombres con un trastorno bipolar leutímicos, utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM III-R (Structured Clinical Interview for DSM III-R Personality Disorders (SCID II) (Stangl, D., 1985). Veinte de los cincuenta y dos pacientes, es decir el 38%, cumplieron con los criterios para al menos el diagnóstico de un trastorno de personalidad. Sólo dos (4%) del grupo A; sólo cuatro (8%) del grupo B; sólo seis (12%) del grupo C y el resto combinaciones de los tres grupos. La presencia de trastorno de personalidad fue asociada, significativamente, con un nivel de empleo más bajo, un mayor número de medicamentos prescritos y una mayor incidencia de trastorno por uso de sustancias y alcohol, comparado con los bipolares sin trastorno en el Eje II.

En resumen, los estudios de prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastorno bipolar realizados en Chile y en el extranjero, han encontrado altas tasas de trastornos del grupo B del DSM III-R antisocial, límite, narcisista e histriónico. Del grupo A el trastorno esquizotípico es el más frecuente y, del grupo C, el trastorno evitativo y obsesivo-compulsivo.

TABLA N° 3 • Prevalencia por Sexo de Trastornos de Personalidad en Pacientes Bipolares

Personalidad	Mujer (n: 29) %	Hombre (n: 13) %
Antisocial	0	31
Límitrofe	21	0
Histriónica	28	0
Evitativa	10	15
Obsesiva	14	15
Cualquier trastorno ( ~ )	41	51

Nota: En este estudio Barbato y Hafner (1998) usaron la escala IPDE (Loranger, A., 1995) y encontraron un predominio de trastorno histriónico de personalidad en bipolares mujeres y trastorno antisocial de personalidad en bipolares hombres

## Trastorno de personalidad límite y trastorno bipolar

---

El problema de la comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno límite de personalidad implica una pregunta básica. ¿Representan estos cuadros clínicos trastornos distintos? Esta pregunta surge cuando consulta un paciente que presenta descontrol de impulsos, cambios bruscos de ánimo, relaciones interpersonales inestables, intentos de suicidio recurrentes y un manejo de la rabia inapropiada. El traslape de la fenomenología básica (cambios de ánimo e impulsividad) se debe probablemente a un temperamento subyacente común, es decir, a una disposición determinada genéticamente (Akiskal y cols., 1981; Gunderson, 1999). Según Gunderson, cuyo planteamiento compartimos, se trata de cuadros distintos y donde el diagnóstico diferencial es posible mediante la realización de un examen fenomenológico cuidadoso y exhaustivo, con la pesquisa de los antecedentes genético-familiares, con realización de un estudio psicológico de personalidad y con la observación longitudinal del paciente. La dificultad se presenta cuando en un paciente coexisten ambos trastornos. La siguiente viñeta ilustra este problema clínico.

### Viñeta 1

- Mujer de 23 años que consultó por angustia, fatiga, labilidad emocional y sentimiento de vacío. Se le indicó un antidepresivo serotoninérgico con el que su ánimo mejoró durante cuatro meses. Al regreso de las vacaciones de verano volvió a sentirse deprimida, con ideas de suicidio, pasiva, rabiosa, y con síntomas disociativos. Se le cambió a otro antidepresivo e ingirió una sobredosis de medicamentos con fines suicidas, razón por la que fue internada durante seis semanas. Durante la hospitalización presentó cambios bruscos de ánimo, irritabilidad, síntomas disociativos, fenómenos de desrealización, ideación paranoide y comportamientos automutilatorios. Luego del alta, la paciente se tornó insomne, presentó ánimo elevado e ideas sobrevaloradas respecto de sus capacidades personales. Se planteó el diagnóstico de un Trastorno Bipolar II en el Eje I, y en el Eje II Trastorno de Personalidad Límite.
- Se le indicó un estabilizador del ánimo para controlar su cuadro bipolar, un antipsicótico atípico en dosis bajas para controlar la impulsividad, una serie de sesiones vinculares con sus padres y hermanos y una psicoterapia analítica individual de apoyo con una frecuencia de dos veces por semana. Luego de dos años de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico combinado, la paciente ha logrado en forma tórpida, mejorar la forma de vincularse en las relaciones interpersonales, su ánimo se ha estabilizado, y no ha presentado nuevos episodios de automutilación ni sobredosis de medicamentos.

## Trastorno de personalidad narcisista y trastorno bipolar

---

La coexistencia de un trastorno de personalidad narcisista con un trastorno bipolar, a menudo se torna difícil de diferenciar, puesto que, con frecuencia, se confunden los rasgos narcisistas con la sobrevaloración de sí mismo que se presenta durante la fase de estado del episodio

maniaco. La persistencia de las ideas sobrevaloradas, una vez que ha remitido la sintomatología maniaca, junto a la ayuda complementaria que entrega un estudio de personalidad, suelen confirmar la presencia de rasgos narcisistas de personalidad.

## Viñeta 2

- Paciente varón de 26 años, profesional con estudios de postgrado en el extranjero que acudió a consultar porque quería resolver en psicoterapia dificultades que luego de seis años de fármacoterapia, no había logrado resolver. “Quiero tomar el control de mi vida”, señaló. En ese momento estaba eutímico y en tratamiento con dos estabilizadores del ánimo. Me llamó la atención que en esa oportunidad vestía una polera que “advertía” a las mujeres que la virginidad producía cáncer y ofrecía vacunación, con una flecha que apuntaba a sus genitales. Me contó que un tío paterno portador de un cuadro bipolar se había suicidado y otro se había tratado por un alcoholismo. El paciente también había sufrido dos accidentes de tránsito mientras manejaba en estado de ebriedad y en ese momento tenía suspendida su licencia de conducir por el plazo de un año.
- En las sesiones de evaluación se destacaba su marcado egocentrismo, así como la dificultad que tenía para tomar distancia respecto de sí mismo y, por lo tanto, de ser capaz de auto observarse. Aunque trasuntaba una autoimagen disminuida, una autoestima baja y expresó vivencias depresivas, resultaba llamativo que el paciente trataba de compensar todo lo anterior con fantasías de omnipotencia en lo intelectual, en su desempeño deportivo y con el uso frecuente de defensas maníacas. Me contó que todas sus parejas habían sido mujeres muy hermosas y que le costaba mantener y profundizar en las relaciones amorosas. Pensé que en sus relaciones, necesitaba a su lado a parejas que fueran como un reflejo de sí mismo o meros espectadores, más que personas con quienes vincularse.

## Trastorno de personalidad antisocial y trastornos bipolar

Zanarini (1997) ha observado que alrededor del 75% de los pacientes con trastorno de personalidad límite son mujeres, y que aproximadamente el 75% de los pacientes con trastorno antisocial son hombres; en tanto en el 25% de los pacientes de ambos géneros, se pueden cumplir los criterios para diagnosticar ambos trastornos de personalidad.

Del mismo modo, la mayoría de los estudios han encontrado que el diagnóstico de trastorno antisocial predomina en pacientes bipolares hombres, mientras que el diagnóstico de trastorno límite e histriónico es más frecuente en pacientes bipolares mujeres. Desde luego, me parece que estas diferencias están probablemente relacionadas con el género, tanto desde el punto de vista genético como ambiental. En general, el ambiente empuja a las niñas a la socialización, en tanto que en los niños fomenta la competencia de roles.

La siguiente viñeta describe el caso de una paciente bipolar con un marcada identificación con roles masculinos, que cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno antisocial de personalidad.

### Viñeta 3

- Mujer de 29 años, profesional destacada, separada con dos hijos, que se muestra con un aspecto varonil: viste blue jeans, cabello corto, con las manos poco cuidadas. Consulta, a petición de su madre, para conocer una segunda opinión diagnóstica. Me cuenta que ha sido tratada por cuatro psiquiatras (todos competentes en términos técnicos y éticos) y que su último psiquiatra dio término al contrato terapéutico “porque se aburrí de mí”.
- Me contó que se había separado de su esposo hacía cuatro años porque “era demasiado correcto”. Desde su separación había tenido muchas parejas y había estado internada en seis oportunidades por fases de depresión o de manía y se había realizado dos abortos. Su padre fue una persona violenta que padeció de juego patológico y falleció muy joven. Entre los antecedentes de su evolución previa, un colega me informó que la paciente se comportaba de manera seductora, llamaba a su domicilio a cualquier hora de la noche, exhibía una actitud temeraria, descuidaba a sus hijos y en una oportunidad se hospitalizó ocultando un cuchillo en una de sus botas. En el curso del último año de tratamiento con su psiquiatra anterior, se manejó con distintas combinaciones de estabilizadores del ánimo, antipsicóticos atípicos y, sin embargo, la paciente debió ser internada en tres oportunidades. Estando eutímica, en una oportunidad concurrió a una tienda de artículos electrónicos y sustrajo una radio de auto. Cuando fue descubierta, adujo que era una paciente bipolar y el colega debió concurrir en varias oportunidades a los tribunales para acreditar su patología psiquiátrica.

## Trastorno de personalidad histriónica y trastorno bipolar

---

La presencia de rasgos histriónicos de personalidad complica la evolución del paciente bipolar, porque a los conflictos propios del cuadro del ánimo, se agrega la dificultad que exhiben los pacientes con trastorno de personalidad histriónico para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Estos pacientes en sus relaciones, sin ser conscientes de ello, están haciendo un papel de víctima o princesa con los demás y descuidan las relaciones a largo plazo para dedicarse a la excitación de las nuevas relaciones. La siguiente viñeta describe un caso característico de esta comorbilidad en una paciente que deambuló durante varias consultas médicas, cuyo trastorno de personalidad se hizo evidente durante una prolongada hospitalización, donde fue monitoreada por el equipo de la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Psiquiátrico de Santiago.

### Viñeta 4

- Mujer de 38 años, tratada por una manía crónica resistente a diversos estabilizadores del ánimo que permaneció internada en un servicio de agudos durante 10 meses. Su falta de acatamiento y respuesta a varios medicamentos antimaniacos se debieron a la presencia de rasgos de personalidad tales como: conducta seductora, impulsividad, irritabilidad, egocentrismo, actuación de conductas cada vez que se frustraban sus



necesidades de gratificación y dependencia. Durante su prolongada hospitalización, la paciente se mostró manipuladora, seducía con facilidad a los funcionarios del sector de agudos. Además, se involucró en varias relaciones sentimentales mostrando una inestabilidad, lo que asocia a una constante “castración de sus parejas”, ejercida frente a sus demandas insatisfechas, lo cual responde a una típica conflictiva histérica.

- La utilización de un antipsicótico atípico condujo a la estabilización de su cuadro anímico y el inicio de una psicoterapia de orientación analítica con frecuencia bi-semanal, le ayudó a adquirir conciencia de la enfermedad y a modificar algunos aspectos de su personalidad. Del mismo modo, la utilización de técnicas de psico-educación con su madre, posibilitó un mejor acatamiento a las indicaciones farmacológicas.

## **Trastorno de personalidad obsesiva y trastorno bipolar**

---

Los pacientes bipolares con trastorno de personalidad obsesiva tienden a molestar o a presentar episodios de descontrol de impulsos, cuando no son capaces de mantener el control de las personas de su entorno más cercano. En el paciente con esta comorbilidad se podría plantear que existe una contradicción vital entre la gran necesidad de control por los rasgos obsesivos y el descontrol de impulsos que aparece en las fases de disforia, hipomanía, manía o mixta.

### **Viñeta 5**

- Hombre de 50 años que consultó derivado por psicóloga que lo evaluó en un centro de tratamiento integral del dolor, donde fue operado por una hernia cervical. Al momento de consultar, me llamó la atención un voluminoso archivador donde el paciente tenía un registro de su puño y letra de todas las indicaciones médicas recibidas y que abarcaba un período de 12 años a la fecha. Del mismo modo, el paciente anotó en forma detallada cada uno de los comentarios e indicaciones que le sugerí.
- Luego le solicité que llenara una “hoja de vida” donde anotó en un lapso de 12 años, al menos cuatro depresiones graves y seis episodios de hipomanía donde predominaba la irritabilidad, la autoexigencia con él y con sus subordinados y la conducta agresiva con su esposa –de quién no había sido capaz de separarse– por un antiguo conflicto familiar, a pesar de que en su trabajo psicoterapéutico había llegado a la conclusión, desde el punto de vista intelectual, que debía hacerlo.
- Me contó que su hermana había padecido de un trastorno bipolar y se había suicidado hacía cuatro años; luego de haber vivido tetrapléjica, como secuela de un intento de suicidio anterior.

## Discusión

---

La revisión de la bibliografía de los estudios que han investigado en forma dirigida la prevalencia de los trastornos de personalidad en los pacientes bipolares, muestra que éstos presentan patología de personalidad con una frecuencia elevada y que, en promedio, alcanza alrededor del 40%. La mayoría de los estudios han encontrado que los trastornos de personalidad del grupo B: antisocial, límite, narcisista e histriónico son los más frecuentes. Con menor frecuencia se presentan del grupo C el trastorno obsesivo-compulsivo y evitativo, y del grupo A el trastorno esquizotípico. En los estudios revisados, lo que concuerda con nuestra experiencia clínica, los pacientes bipolares que presentan un trastorno de personalidad, exhiben comorbilidad en el Eje I, donde se suele encontrar un trastorno por uso de sustancia, alcoholismo o un trastorno de ansiedad, como ansiedad social o trastorno de pánico. La presencia de esta comorbilidad se asocia con una respuesta pobre a los estabilizadores del ánimo, a un nivel bajo de empleo o cesantía y a conflictos en las relaciones interpersonales.

El subdiagnóstico de los trastornos de personalidad en los pacientes bipolares significa ausencia de tratamiento para esta importante comorbilidad y, en consecuencia, el pronóstico de ese paciente puede empeorar y evolucionar a la cronicidad. Por esta razón, es necesario que los psiquiatras estén más atentos ante la presencia de rasgos anormales de personalidad en el paciente bipolar eutímico y formulen el diagnóstico de trastorno de personalidad valiéndose de su experiencia clínica, y si es preciso mediante la utilización de instrumentos como la Evaluación Internacional para Trastornos Personalidad IPDE (Loranger, A., 1995). Una vez realizado el diagnóstico del trastorno de personalidad, es mandatorio indicar el tratamiento psicoterapéutico más adecuado para ese paciente en particular. Aunque la evidencia sugiere que la presencia de un trastorno de personalidad influye de manera negativa en el resultado del tratamiento del trastorno bipolar, la experiencia clínica demuestra que un tratamiento bien diseñado, que incluya una farmacoterapia racional y una psicoterapia específica, puede resultar en una mejoría en los dos trastornos.

## Capítulo 22

### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

#### ANSIOSOS, UNA APROXIMACIÓN INTEGRATIVA

---

■◆ *Francisco O’Ryan Gallardo*

Los trastornos de personalidad ansiosos son el obsesivo-compulsivo, el dependiente y el evitativo. La razón de agrupar en un mismo Cluster (C), (American Psychiatric Association, 1993) cuadros que son clínica y psicodinámicamente distintos se basa en la existencia de la angustia como un aspecto cardinal en todos ellos. Por ese motivo, centraré este capítulo en el tema de la angustia desde un vértice neurobiológico y psicoanalítico, proponiendo una hipótesis integrativa para el entendimiento y tratamiento de estos trastornos de personalidad.

Ya en 1908, Freud planteaba, respecto al carácter y erotismo anal (obsesivo-compulsivo de hoy), un origen fisiológico y constitucional. Si bien él ligaba este aspecto constitucional a la hipersensibilidad de la zona erógena, hoy podemos retomar estas series complementarias que integran lo biológico y lo psicodinámico desde el tema de la angustia y, en particular, la hiperreactividad.

#### **Cuadro clínico**

---

La diferencia fundamental entre el Eje I y el Eje II es que, en este último los rasgos de carácter, producto de los mecanismos de defensa predominantes, se han hecho estables y crónicos en el tiempo y se han transformado en egosintónicos. El modo de tratar con la angustia se ha instalado de una manera que, incluso, puede dejarla ausente como síntoma.

Dado el objetivo de este trabajo utilizaré la categoría DSM IV para describir la clínica, y no profundizaré mayormente en la fenomenología.

---

**TABLA N° 1 • Criterios DSM IV para el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo:**

---

Una tendencia perturbadora de preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, apertura y eficiencia, que se inicia en la adultez temprana y que se presenta en variados contextos indicados al menos por cuatro de los siguientes aspectos:

1. Se preocupa por detalles, reglas, listas, el orden, la organización u horarios hasta el punto en que se pierde el objetivo central de esa actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la posibilidad de terminar la tarea (por ejemplo no puede terminar un proyecto porque sus expectativas, excesivamente altas, no se cumplen).
3. Es excesivamente devoto del trabajo y la productividad llegando a excluir actividades de distracción y amistades (no justificado por razones económicas obvias).
4. Es excesivamente consciente, escrupuloso e inflexible en materias de moralidad, ética o valores (no explicado por identidad religiosa o cultural).
5. Es incapaz de eliminar objetos desgastados o sin valor aunque no tengan valor sentimental.
6. Es renuente a delegar tareas o trabajos en otros a no ser que se sometan exactamente a su modo de hacer las cosas.
7. Adopta un modo tacaño de gastar consigo mismo y los demás. El dinero es visto como algo a ser ahorrado para futuras catástrofes.
8. Muestra rigidez y porfía.

---

**TABLA N° 2 • Criterios DSM IV para el Trastorno de Personalidad Evitativa:**

---

Una tendencia perturbadora de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa; comenzando en la adultez temprana y que se presenta en distintos contextos, indicado al menos por cuatro de los siguientes:

1. Evita actividades ocupacionales que involucren contacto interpersonal significativo, por temor a la crítica, desaprobación o rechazo.
  2. Es renuente a involucrarse con gente si no está seguro de ser apreciado.
  3. Se muestra autorre restrictivo en las relaciones íntimas por temor a ser avergonzado o ridiculizado.
  4. Está preocupado de ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
  5. Está inhibido en situaciones interpersonales nuevas por sentimientos de inadecuación.
  6. Se ve a sí mismo como inepto socialmente, poco atractivo o inferior a otros.
  7. Es anormalmente renuente a tomar riesgos personales o emprender actividades nuevas porque le resultan avergonzantes.
-

---

**TABLA N° 3 • Criterios DSM IV para Trastorno de Personalidad Dependiente:**


---

Una necesidad perturbadora y excesiva de ser cuidado que lleva a conductas de sumisión, apego y temores de separación, que se inicia en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos, como se indican, al menos, en cinco de los siguientes:

1. Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas sin una cantidad excesiva de consejos y reafirmación de parte de otros.
  2. Necesita a otros para que asuman la responsabilidad para la mayor parte de áreas de su vida.
  3. Tiene dificultad para expresar discrepancia con otros por temor a pérdida de apoyo o aprobación (no incluye temores realistas de retribución).
  4. Tiene dificultades para iniciar o hacer cosas por sí mismo (por falta de confianza en sus juicios o habilidades y no por falta de energía).
  5. Llega a extremos excesivos para obtener cuidados y apoyo de otros, hasta llegar a ofrecerse a hacer cosas displacenteras.
  6. Se siente incómodo o impotente cuando está solo por exagerados temores de no poder cuidarse.
  7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación cercana a sí mismo.
  8. Está preocupado de forma poco realista por el temor a ser dejado.
- 

## La angustia y la personalidad

---

Los tres trastornos de personalidad ansiosos, pero en especial el obsesivo compulsivo, son de una gran riqueza clínica y psicodinámica. Veremos algunos aspectos de esto último en el apartado correspondiente al psicoanálisis. En un intento por ver los aspectos comunes que justifican agruparlos en un sólo Cluster, abordaré primero los aspectos cualitativos de la angustia involucrados en cada uno de ellos.

Freud (1926) describió tres angustias básicas del ser humano: la de separación, la de castración y la de perder el amor del objeto. Para ponerlo en otras palabras: perder al otro amado o necesitado, sin el cual siente que no puede funcionar, ser castigado por los deseos o agresión, o no ser querido o valorado adecuadamente por uno mismo y los demás. Recomiendo la lectura del artículo de Freud "Inhibición, Síntoma y Angustia" para profundizar más en el tema. Los trastornos de personalidad ansiosos giran en torno a esta temática. Los obsesivos giran en torno al manejo de la agresión, básicamente, oscilan entre sentir furia, sentirse controlados o temor de ser castigados o condenados. Es decir, angustias castratorias. Los dependientes temen perder al otro sin cuyo apoyo sienten que no pueden vivir. Es decir, angustia de separación. Los evitativos básicamente sienten angustia de no ser apreciados o valorados, de ser rechazados o humillados. Esta es la tercera categoría de angustia planteada por Freud: angustia de perder el amor del otro. La constelación de síntomas estables que se instala para acotar estas angustias da lugar al trastorno de personalidad correspondiente.

Hasta aquí el vértice cualitativo de la angustia. ¿Y lo cuantitativo? Los hallazgos actuales de la neurobiología apuntan a una predisposición biológica y genética para presentar angustia excesiva. ¿Cómo podemos relacionar esto con los trastornos de personalidad ansiosos mencionados? Para intentarlo, partiré por una breve revisión de los aspectos biológicos de la angustia.

## Neurobiología y genética de la angustia

---

“La ansiedad como emoción, es la sensación subjetiva que acompaña a la respuesta del cuerpo frente al peligro real o imaginado”. Si bien es una respuesta normal en todos los individuos, para algunos puede llegar a interferir con su desarrollo y normal funcionamiento.

En este enfoque teórico se sostiene que la respuesta a la amenaza, ya sea real o imaginada, gatillada desde afuera o desde adentro, es decir el temor y su correlato, la vigilancia, serían los sustratos neurobiológicos de la emoción subjetiva llamada ansiedad.

Si entendemos que el principal objetivo del cerebro humano es promover la sobrevivencia y la procreación, podemos interpretar las múltiples respuestas de este sistema a los estímulos, potencialmente amenazantes, como su función primordial. La información sensorial desde el entorno (olfatoria, visual etc.) y del medio interno (presión arterial, niveles de CO<sub>2</sub> etc.) entran al SNC a nivel del tallo cerebral, y si parece desconocida o si se relaciona con amenaza previa despertará una reacción de alarma. Esta involucra una multiplicidad de neurotransmisores (noradrenalina, dopamina, serotonina etc.), neuromoduladores etc, y lleva a una reacción ascendente hacia el cerebro medio, áreas límbicas y corticales. Sólo a nivel talámico y cortical se traduce en la sensación subjetiva llamada ansiedad.

La intensidad y duración del estado ansioso variará dependiendo de la naturaleza de la amenaza, la sensibilidad de la respuesta individual neurofisiológica al stress, y la historia previa de exposición a la amenaza.

El sistema activante reticular involucra a una serie de núcleos del tallo cerebral relacionados con el sistema de *arousal*, y su modulación y gatillamiento de la ansiedad. Los neurotransmisores involucrados son básicamente monoaminérgicos. Dentro de estos es fundamental el rol regulador del “Locus Coeruleus” que incrementa su disparo cuando recibe estímulos desconocidos o amenazantes. Esto lleva a una liberación incrementada de noradrenalina afectando al cerebro y al resto del cuerpo.

El trayecto desde estos núcleos del tallo hacia el hipocampo (destino fundamental) pasa por el tálamo, área que aún no ha sido profundamente estudiada. Pero será en el sistema límbico donde este *arousal* pasará a una emoción que entendemos como ansiedad. En esto tiene un rol fundamental la amígdala.

En los últimos años, la amígdala ha surgido como la principal región cerebral involucrada en el procesamiento e interpretación del funcionamiento emocional. Así como el "Locus Coeruleus" se relaciona con el arousal, la amígdala lo hace con el procesamiento de las conexiones relacionadas con la emoción. La amígdala procesa y determina el valor emocional de múltiples aferencias, incluyendo las complejas y determinadas socialmente, y engrana la respuesta mandando estímulos a áreas cerebrales involucradas con la conducta motora, SNA etc. Le Doux (1953) ha demostrado el rol de la amígdala en el almacenamiento de la memoria emocional. Esta es fundamental en la regulación de la ansiedad, pues allí es el sitio donde se percibe. Así, donde el SRA percibe amenaza, al llegar a la amígdala se procesa como angustia, una emoción.

En los trastornos ansiosos también juega un rol clave el hipocampo. Es un área de almacenamiento sensorial y la amenaza o el peligro altera su capacidad de almacenar cierta información cognitiva, pero sí guarda otro tipo (por ejemplo la no verbal). La generalización que aparece en muchos desórdenes ansiosos se daría a este nivel. Esto sería lo que en los humanos puede llevar a generalizar un evento específico de amenaza. Por ejemplo, que el susto a un peligro específico termine en una agorafobia. Esta activación también puede provenir de asociaciones corticales.

La sensación subjetiva de ansiedad finalmente dependerá de cómo es interpretado el estímulo límbico por los sistemas corticales. La ablación de lóbulos temporales resulta en una pérdida de la emoción ansiosa. Dada la cantidad de receptores en esta zona, las benzodiazepinas, se piensa, ejercerían parte de su efecto a este nivel.

Kagan (1992) ha planteado que existiría una predisposición innata para la ansiedad severa. Un 20% de los americanos caucásicos nacerían predispuestos a ser niños irritables, tímidos y temerosos, cautelosos e introvertidos en el colegio. Muestran una característica innata de retirada frente a lo nuevo. En ese sentido, postula que, al nacer, ciertas propiedades de sensibilidad del sistema de arousal pueden ser constitucionales. Sin embargo, aunque se entiende que existe herencia, no está claro qué genes pudieran estar involucrados, porque podrían ser miles. El temperamento, probablemente, se deba a una combinación de aspectos genéticos e intrauterinos con significativa variación individual. Las regiones menos complejas están ya desarrolladas al nacer, pero las talámicas, límbicas y corticales no lo están. El desarrollo de estas últimas estará muy influenciado en los primeros tres años por las experiencias vividas, que influirán en la sinaptogénesis y otros procesos de la organización neurofuncional. Suomi (1973) ha demostrado que ciertas experiencias tempranas pueden alterar tanto el desarrollo conductual como el fisiológico. Así, tanto la carga genética como las experiencias tempranas, pueden afectar la experiencia de realidad y el desarrollo del cerebro. Un sólo ejemplo, niños inhibidos de conducta y fisiológicamente hiperreactivos, criados por madres inusualmente acogedoras, desarrollan apegos tempranos seguros y aparecen con un desarrollo posterior óptimo.

Individuos con desórdenes ansiosos, aparentemente, tienen menores umbrales de disparo en los circuitos amigdalianos. Esto lleva a una persistente vigilancia inconsciente. Esta elevada reactividad al peligro pasa desde la amígdala por diversos circuitos hacia el estómago, corazón, hipotálamo y sistemas de memoria emocional. Esto puede producir

evitaciones prolongadas. Isensadt (1999) sugiere finalmente que las intervenciones psicoanalíticas específicas pueden fortalecer la habilidad cortical para modular a la amígdala y a sus circuitos centrípetos. Benes ha demostrado la progresiva mielinización de las conexiones entre la corteza humana y el lóbulo límbico hacia la sexta década de la vida, sugiriendo una progresiva integración del conocimiento con la emoción. Esta mielinización, que implica un aumento de conexiones, pudiera dar cuenta de la sabiduría que da la experiencia de la vida, y uno de los productos del proceso analítico.

## Psicoanálisis

---

El denominador común de los tres cuadros presentados es la angustia y el modo de tratar con ella. He pensado separar en dos el abordaje de este tema desde el psicoanálisis. En una primera parte presentaré el tema de la angustia señal. A mi entender sería aquí donde se expresarían los aspectos más innatos o genéticos, por ejemplo la predisposición a la hiperreactividad. En una segunda parte, abordaré muy someramente los psicodinamismos específicos ligados a cada cuadro, que han sido abordados en otro capítulo. La importancia y significado de la angustia en la teoría psicoanalítica ha ido evolucionando en el tiempo. No es el objetivo de este trabajo hacer una revisión de este tema.

La teoría y la técnica han sido marcadamente influenciadas de acuerdo a esta evolución. Desde la teoría estática de Freud, pasando posteriormente por la angustia señal descrita en Inhibición, Síntoma y Angustia, los desarrollos kleinianos etc.

Para este trabajo, y con la finalidad de poder establecer una hipótesis integradora, voy a basarme en la teoría de Freud de la angustia señal que aparece desarrollada en el texto señalado. Esta es una elección personal y no excluye otros enfoques, y en ese sentido, una hipótesis desde otro marco referencial es igualmente válida.

## Segunda teoría de la angustia de Freud

El concepto de angustia señal implicó un viraje en la teoría psicoanalítica de la angustia. Quisiera destacar algunos puntos que me parecen relevantes:

- a. La angustia adquiere un sentido. Alerta al Yo de un peligro para permitir poner en marcha mecanismos adecuados, en lo posible, para enfrentarlo (mecanismos de defensa o acciones específicas). Hasta el momento previo a este trabajo, la angustia se asociaba con el Ello, es decir, libido estática transformada sin mayor utilidad y necesaria de ser eliminada; ahora es angustia al servicio del Yo.
- b. El peligro es la reedición del trauma originario. Por trauma se entiende el desborde del aparato psíquico. Es decir, existiría un registro desde el nacimiento de una experiencia de desborde del aparato psíquico que se puede repetir, y la función de la angustia señal sería evitar que eso ocurra.



- c. El origen de este mecanismo de alerta estaría dado por la experiencia del parto, que sería la primera vivencia de desborde psíquico.

Quisiera aquí plantear algunos de los puntos de vista de Phillis Greenacre (1960). La autora plantea la existencia de una respuesta intrauterina de pre-ansiedad ante estímulos amenazadores, consistente en reflejos orales, musculares, cardíacos y pre-respiratorios, reactivos a los estímulos pre-parto. Esto precede la pauta de ansiedad del nacimiento, y probablemente la aumenta. Para ella, esto es carente de contenido psíquico y puede ser la materia prima a partir de la cual se constituirá una ansiedad ciega, flotante, no analizable siendo determinante en la angustia del neurótico grave. Es decir, un exceso de estímulos pre-natales dejaría una especie de ahondamiento en la impronta orgánica, en la pauta de respuesta.

La cisura del nacimiento no sólo agrega una magnitud de ansiedad, sino que organiza las respuestas aisladas del periodo anterior. Para Freud, marca el umbral en el que el peligro (primero sentido sólo como una falta de familiaridad) comienza a ser vagamente aprehendido, y es, por lo tanto, el primer indicio de contenido psíquico.

Se pregunta la autora cuánto puede esta carga incrementada influir sobre las fases de desarrollo posteriores, por ejemplo, dice, incrementar las diversas y polimorfas fases perversas posteriores, o si alguna fase libidinal, particularmente la oral, no podría ser anticipada o acentuada por esto.

Para la autora, una elevada ansiedad infantil se reflejaría en un aumento del narcisismo infantil, " un narcisismo excesivo se desarrolla como parte de la superación por el organismo de un exceso de ansiedad, antes que este pueda funcionar siquiera como una unidad independiente en el ambiente" . Esto implica la indicación de análisis en estos pacientes una vez regulada la intensa descarga de angustia (segunda indicación, siendo la primera la influencia sobre los rasgos orales aunque también en los siguientes etapas del desarrollo).

Esta predisposición a la ansiedad afectaría también la capacidad de diferenciación del bebé y favorecería la tendencia a mantener un funcionamiento especular. Básicamente porque la no familiaridad genera una respuesta ansiosa demasiado intensa. " Creo que este sello orgánico de sufrimiento consiste en una genuina sensibilidad fisiológica, una especie de cualidad indeleble de la reacción ante la experiencia que eleva el potencial de ansiedad y da mayor resonancia a las ansiedades en la vida posterior. El resultado es un incremento del narcisismo y mas tarde un sentido de realidad inseguro y lábil. Esto deviene en un desarrollo yoico defectuoso que lleva a apegos libidinales vehementes, pero superficiales. Los impulsos del yo no están dirigidos a metas satisfactorias. El paciente no está bien individualizado, siendo la libido rápida y apremiantemente conferida y retirada" , señala.

La autora propone cuatro aspectos primordiales a ser abordados en el tratamiento. En primer lugar, el abordaje de la sobrecarga de ansiedad con el fin de producir un estado óptimo para el progreso del análisis. Luego, la educación del narcisismo hacia mejores

proporciones del Yo. En tercer lugar, el análisis de la neurosis esencial, refiriéndose a los elementos neuróticos que surgen después del desarrollo del lenguaje. Finalmente, el tratamiento del residuo de ansiedad ciega y no analizable que está presente a través de todo el análisis y que continúa operando en la vida del paciente.

La selección de una u otra zona erógena, en primer lugar, está determinada por los traumas especiales de la infancia posterior (las raíces de la neurosis esencial). Es decir, la predisposición a la angustia es uno de los factores determinantes, pero no el principal en muchos casos.

En el trabajo: "A Study of the Psychoanalytic Theory of Anxiety, III A Preliminary Formulation of the Anxiety Response" de Allan Compton podemos obtener algunas ideas que nos amplían lo ya expuesto, por ejemplo, al señalar que "intrauterinamente, durante el parto y durante la vida neonatal el infante humano es un organismo fisiológicamente reactivo. Esto frente a desequilibrios inducidos por estímulos químicos, propioceptivos y exteroceptivos, etc.". Puede ser que el parto y otras experiencias perinatales organicen estas respuestas en un síndrome fisiológico de stress. En este proceso pueden ocurrir procesos de imprinting en períodos cruciales de maduración del sistema central, procesos influenciados por las reacciones de la madre y por los primitivos procesos de aprendizaje.

Este estado ocurre sólo en la temprana infancia. Sería el equivalente a perder la temprana sensación de omnipotencia. Esto es previo al desarrollo de la capacidad de anticipar y previo al desarrollo del concepto de peligro externo.

El trauma psíquico puede ocurrir en cualquier momento del desarrollo y es una disrupción mayor del sistema psíquico. El trauma pasado puede ser vivido como presente.

Con el desarrollo, esta sensación de desamparo, producto de la pérdida de la omnipotencia se alivia con la presencia de la madre, y el creciente uso de su representación. Esto permite que devenga el desarrollo de la función señal. Este proceso se lograría entre los seis y los ocho meses, y no sería posible con niveles de ansiedad tempranos demasiado intensos.

Quisiera aquí incluir algunas opiniones que aparecen en el trabajo "Notes on the Mind-Body Question" de Eugenio Gaddini (1987). Dice el autor que: "Desde el momento en que en el parto se rompe la membrana amniótica que representa su estabilidad y su constante delimitación, lo que se hace constante es la carencia de una delimitación segura. Esta carencia es la base del estímulo para la formación del funcionamiento mental primitivo que tiende a reconstruir mágicamente la experiencia de tener un límite definido del self. Las experiencias al pecho táctiles etc., contribuyen a esto".

Después, entre los 7 y los 11 meses, aparece nuevamente una experiencia similar, al crear al objeto transicional. Esta etapa, que mentalmente representa mucho de lo que físicamente se vive al nacer, es de las más importantes en el proceso de diferenciación de la mente individual. El primer reconocimiento de la propia separatividad rompe el primitivo, omnipotente y mágico modo de funcionamiento previo y produce su caída. Así, el despe-

que es equivalente a la permanente pérdida del self omnipotente y el reconocer la extrema vulnerabilidad y fragilidad del self. Como dice Bion, es la catástrofe. Mientras más amenazante y dramática la experiencia de *dettachment*, más serio y difícil será contener mentalmente la ansiedad de una posible pérdida del self. Ésta se relaciona con la pérdida de la omnipotencia mencionada anteriormente. La ansiedad surge en proporción a la fragilidad e inconsistencia de los nuevos límites del self y de la inseguridad de poder mantener unidos los fragmentos restantes y evitar que se difuminen por el espacio infinito.

Otro trabajo que quisiera mencionar es el de Shear (1993). En síntesis plantea que existiría un temor innato a situaciones desconocidas, incrementado por conductas parentales sobrecontroladoras, lo que llevaría a conflictos de dependencia-independencia. Esto llevaría a relaciones objetales caracterizadas por imágenes débiles del self y representaciones muy poderosas de los objetos. Este sería el principal conflicto que gatillaría las crisis, las situaciones de separación o atrapamiento.

Este modelo tiene implicancias terapéuticas. Para la autora, lo primario en la terapia sería reafirmar la sensación de seguridad del paciente, con confianza y delegación del control hacia el paciente. El objetivo sería ayudar a una mayor sensación de control del sujeto sobre sus síntomas. Sugiere investigación sobre terapias analíticas más clásicas como algo que pudiera ayudar en estos casos.

En la medida en que postulamos una falla primaria en la angustia señal, se amplía la posibilidad de conflictos desencadenantes a casi todos los que conocemos. Implica el uso del análisis clásico en estos pacientes, acompañado de farmacoterapia como una alternativa de primera elección.

## **Aspectos específicos psicodinámicos en trastornos de personalidad ansiosos**

---

El modo de tratar con esta hiperansiedad dependerá de los mecanismos de defensa predominantes y los puntos de fijación específicos de cada trastorno. Serán estos los que le darán el aspecto cualitativo a la angustia inherente a cada trastorno. En este capítulo sólo haré una descripción breve remitiendo a los textos de Gabbard (1990) y Mc Williams (1994) para mayor explicitación.

### **Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva**

La brillante descripción que hace Freud en 1908 de este trastorno sigue siendo hoy un referente obligado para abordar este tema. Freud pensaba que este cuadro se estructuraba en torno al funcionamiento anal. Las vicisitudes del entrenamiento de los hábitos intestinales, agregado a la predisposición biológica, llevaba a una tendencia al orden, la perseverancia y la porfía, perfeccionismo y puntualidad, parsimonia y frugalidad etc. La

esencia es un intento por controlar la explosión anal rabiosa y los mecanismos de defensa oscilan en torno a esto. No perder el control, que no se note la agresión, no ser condenado o castigado.

Con este fin privilegian la cognición y racionalización. Utilizan la formación reactiva para transformar sentimientos hostiles en bondadosos; aíslan el contenido afectivo del racional para poder controlarlo más, desplazan sus enojos a blancos más tolerables, etc. El mecanismo fundamental es el deshacer, particularmente en los compulsivos, donde un acto mágicamente toma una función protectora respecto al desbande de aspectos hostiles. Giran, por lo tanto, en intentar alejar de su conciencia su proclividad de ensuciar analmente y por ello su orden, su perfeccionismo y su autoexigencia, traducidos en un Superyó de particular severidad. Más adelante ilustraré este cuadro con una viñeta clínica.

## **Personalidad evitativa**

Hay trabajos que apuntan a un aspecto más genético de la timidez infantil (O’Ryan, F. 2001). La angustia central en estos pacientes es ser humillados, rechazados etc. Por ello, se angustian y evitan situaciones en que puedan quedar expuestos. Si bien muchos autores lo centran hoy en día más en relación a experiencias tempranas, la predisposición a usar mecanismos de defensa, como la proyección y el desplazamiento, tiende a favorecer este tipo de cuadros.

En relación al Superyó, más que aspectos castratorios como en los obsesivos, aquí es el ideal del Yo el que pareciera estar en primer plano. Tendría características prácticamente de exigencias incumplibles, lo que lleva a sentirse permanentemente en falta o inferior. El proyectar este Superyó en otros o en situaciones sociales permite, al menos, evadirlo en ciertas ocasiones.

## **Personalidad dependiente**

Al igual que en el trastorno anterior, hay distintos vértices para analizar la tendencia a funcionar en forma dependiente. Desde enfoques que resaltan las relaciones tempranas, particularmente la presencia de padres aprehensivos o sobreinvolucrados, hasta quienes privilegian el aspecto oral agresivo subyacente en estos pacientes. Como tantas otras situaciones en psicoanálisis, algo de cada uno de los vértices hay. La existencia de una sensación subyacente de no poder prescindir de otros puede implicar una dificultad en la internalización de figuras estables. Puede deberse a una madre que no dio adecuado espacio para ejercitar la autonomía, o por intensos sentimientos ambivalentes que surgen en la separación que puede dejar la fantasía de una madre destruida. En ese sentido, angustia de separación con sus distintos sustratos explicativos.

## Reflexiones sobre una hipótesis integrativa

---

Considerando los trabajos aquí expuestos, quisiera reflexionar sobre un modelo para entender y abordar los trastornos de personalidad ansiosos. En primer lugar, está lo genético, que sería lo biológicamente predeterminado. A la luz de los trabajos presentados, esto se expresaría en una hiperexcitabilidad neuronal predeterminada en el SRA, que predispone a una reacción de angustia intensa. El desarrollo estará influenciado, en mayor o menor grado, por este factor, ya desde la vida intrauterina como plantea Greenacre. La pre-ansiedad tendrá una mayor posibilidad de ser más intensa que lo habitual. La reactividad a los estímulos internos o externos es mayor a lo habitual, mas allá de las vicisitudes del desarrollo e influyendo sobre ellas.

Esta pre-ansiedad, más lo acontecido en torno al parto, será determinante en el desarrollo de la montaña de angustia que, posteriormente, devendrá en angustia señal de acuerdo a la teoría freudiana de Inhibición, Síntoma y Angustia. Dificultará el desarrollo de angustia útil y favorecerá la angustia traumática, reeditada una y otra vez.

En el desarrollo normal, la angustia surge en un primer momento intensa y automáticamente frente a situaciones de stress para, eventualmente paralelo al mayor desarrollo yoico, constituirse en una señal útil. La hiperreactividad patológica innata dificultará esta posibilidad de evolución.

Esto llevará, siguiendo a Greenacre, a que los pacientes compartan algunas características. Posiblemente alteraciones a nivel del narcisismo infantil, mayor tendencia a fijaciones orales, dificultades de diferenciación etc. Esto podría ayudar a entender las dificultades a nivel de situaciones de separación en muchos de estos pacientes.

Por otro lado, dependiendo de una multiplicidad de factores que pueden ser enfatizados en mayor o menor grado según el marco referencial psicoanalítico que se privilegie (intensidad pulsional, eventos tempranos, maternaje, etc.), aparecerá una diversificación amplia de pacientes que comparten, lo biológico y algunas alteraciones en el desarrollo temprano, pero que difieren psicodinámica y estructuralmente. Volviendo al texto de Freud (Inhibición, Síntoma y Angustia), cualquier factor, pulsional, superyoico o ambiental que sea capaz de activar la angustia señal, es decir que amenace con desbordar al aparato psíquico, puede llevar a repetir la catástrofe traumática producto de una señal genéticamente hiperactiva.

Podemos hablar del tercer factor. Por un lado el estímulo, por otro el Yo. El tercer factor es la señal propiamente tal, en estos casos, predestinada a ser traumática.

La influencia de esto sobre el desarrollo es individual. En algunos pacientes llevará a una angustia generalizada que marcará todo el desarrollo infantil. En otros, aparecerá sólo en situaciones más extremas. En algunos casos, ocurrirá que el desarrollo yoico llevará a la desaparición clínica de esta angustia desbordante, pero quizás el costo sea desarrollar una rígida estructura de carácter.

La existencia de esta hiperreactividad impide la mejor elaboración del conflicto psíquico al repetir el desborde traumático. Cuando observamos pacientes con trastornos ansiosos de la personalidad, observamos un sistema de alarma hiperreactivo que dificulta acceder al conflicto desencadenante. El manejo farmacológico eficaz y ojalá temprano, cuando esté indicado, permite ofrecer alternativas terapéuticas psicoanalíticas para llegar a ellos. Como dice Greenacre, acceder al análisis de la neurosis esencial. Además, permite abordar los defectos narcisísticos y de diferenciación que esto puede haber generado en cada paciente. Permite también la utilización de técnicas de psicoanálisis clásico, sin maniobras de tranquilización u otros factores semejantes.

Al no requerirse hoy megadosis de benzodiazepinas para estos casos, se conserva la angustia señal útil para la exploración del inconsciente del paciente. Me parece, por lo tanto, que mejora el pronóstico. La intervención terapéutica pudiera favorecer la posibilidad de retiro de fármacos más temprana y disminuir el porcentaje de recaídas.

Pienso que este abordaje, que incluye fármacos más actuales, puede permitir acortar los análisis a veces particularmente largos de estos pacientes, en la medida en que hará menos necesario trabajos de tranquilización u otros.

## Tratamiento

---

Considerando lo expuesto en este trabajo, el tratamiento de estos cuadros, que debe evaluarse caso a caso, debe considerar las alternativas farmacológicas y psicoterapéuticas.

- a. **Farmacológicas:** en la medida que hemos planteado una hiperactividad fisiológica que lleva a una angustia señal excesiva, el manejo farmacológico debe llevar a la regulación de esto. Afortunadamente, los múltiples tratamientos que existen hoy permiten regular la hiperactividad sin sedar al paciente, facilitando el trabajo psicoterapéutico. En el momento de administrarse el fármaco debe evaluarse en cada caso, privilegiando el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica primero cuando sea posible. Al no ser cuadros tan agudos como los de Eje I, permite evaluar el mejor momento en cada caso.
- b. **Psicoterapia:** En este mismo libro hay un capítulo específico de psicoterapia para estos pacientes. Sólo quiero resaltar que muchos de ellos se benefician de psicoanálisis clásico o psicoterapias expresivas, y que el uso adecuado de fármacos puede facilitar estos procesos. Sobre todo en los obsesivos, el análisis sistemático de los mecanismos de defensa utilizados y las angustias subyacentes, más la experiencia mutativa de un terapeuta menos punitivo que lo que se proyecta en él, puede permitir buenos resultados. Los temas de separación, reencuentro y, en especial, la proyección en el analista de aspectos punitivos, rechazantes o abandonadores son, muchas veces, relevantes. Al igual que en lo farmacológico, debe hacerse una evaluación inicial en cada caso.

Quisiera ilustrar con una viñeta clínica lo que he mencionado en este trabajo. Este fue publicado junto a otros dos casos en la Revista Chilena de Psicoanálisis.

## **Caso A**

A, estudiante universitario, 21 años, consulta por presentar síntomas hipocondríacos, ideas obsesivas, angustia persistente, dificultad en establecer relaciones interpersonales. Durante dos años estuvo atormentado por la fantasía de tener SIDA sin haber existido contacto sexual alguno. Se diagnosticó un cuadro obsesivo y se indicó psicoanálisis.

Como conflictos más visibles, aparece una marcada desconfianza en las personas si no siente que están bajo su control; la idea de que sus problemas pueden ser muy sobrecargadores para los demás y por lo tanto se los guarda (Los padres nunca supieron sus fantasías de SIDA). No hay antecedentes de crisis de pánico.

Durante el primer tiempo de psicoanálisis aparece asustado, muy formal y serio, casi grave, racional y evitando aludir a temas que lo inquieten. Rechaza cualquier interpretación que el no haya anticipado. No mira a los ojos al llegar. Dice " Me cuesta saber cuál es mi personalidad. Uno se confunde y asusta" .

Aparece este tema como relevante, la confusión de quién es quien, en que la identificación proyectiva es bastante evidente. En la contratransferencia me genera una sensación de parálisis y aprehensión de no tocarlo mucho con las interpretaciones porque parece frágil. Es un mutuo no tocarse.

La línea interpretativa aborda el tema de la identificación proyectiva, las necesidades de control y de no sentirme diferente a él por temor a que yo no vaya a poder contener todo lo que él necesita, depositando en mí su propia sensación de fragilidad.

Al cuarto mes, durante un fin de semana largo, presenta por primera vez intensas crisis de pánico que lo llevan a consultar a una clínica de urgencia. Yo le indico un coterapeuta para que lo medique, cediendo en corto tiempo las crisis, pero teniendo gran repercusión en él y en su familia.

Continúa el análisis, pero claramente ahora con cambios en la relación. Aparece más cercano y necesitado. Le repercuten las ausencias. Hay una gradual mayor aceptación de interpretaciones que a él lo " sorprenden" .

Pudo ser entendido y analizado que las crisis aparecieron al sentir que sus mecanismos de omnipotencia e indiferenciación, de control, no tenían la eficacia que él pensaba, dejándolo con la sensación de estar muy expuesto a objetos amenazantes, antes puestos en las fantasías hipocondríacas.

El análisis terminó después de cinco años. El tema fue relevante y osciló entre momentos de mayor contacto conmigo y otros de distanciamiento, racionalización y control, particularmente frente a las separaciones. Claramente hubo un proceso analítico e incluso en el transcurso pololeó por primera vez.

Pienso que en el uso adecuado de fármacos permitió analizar y relacionar las crisis de angustia con la situación desencadenante (en este caso transferencial), y al no seguirse repitiendo las crisis, permitió la elaboración sin modificar el análisis en cuanto a funcionamiento.

Esta breve descripción de un caso pretende ilustrar lo señalado anteriormente. La indicación de tratamiento psicoanalítico consideró factores estructurales, traumáticos etc. El adecuado uso de fármacos permite acceder a los conflictos centrales de mejor forma, posibilitando incluso análisis clásico al estar indicado. El uso adecuado de fármacos permite detener la sistemática reedición traumática de las crisis, y volver a acceder a una angustia señal útil.

Finalmente, quiero señalar y enfatizar que la indicación del tipo de tratamiento psicoterapéutico no se basó en la presencia de las crisis, sino en los aspectos dinámicos y estructurales. La estructura rígida y controladora del paciente posiblemente permitía que las crisis no aparecieran antes, a costa de las limitaciones que esto le imponía. La aparición de crisis en un momento tan inicial del análisis puso en riesgo la continuidad del mismo. El adecuado manejo farmacológico con un coterapeuta permitió continuar la terapia existiendo un gradual proceso de evolución vincular intra y extra analítico que será descrito en profundidad en otro trabajo.

## **CONCLUSIÓN**

---

En este trabajo he querido presentar una hipótesis integrativa para entender los trastornos de personalidad ansiosa. Sugiero que es un cuadro de base psicobiológica, donde la predisposición biológica determina una alteración de la función señal de la angustia. Esto influye sobre el desarrollo temprano dándole a esos pacientes algunas características comunes. Sin embargo, las vicisitudes del desarrollo determinarán la posterior evolución. En ese sentido, en la adultez nos encontramos con una población heterogénea y estructuralmente dinámica. El tratamiento farmacológico, cuando es indicado, debe acompañarse de un adecuado tratamiento psicoanalítico, siendo la indicación –para un buen número de casos– el psicoanálisis clásico, o la psicoterapia analítica.



## Capítulo 23

### ENFERMEDAD BIPOLAR Y PERSONALIDAD

---

■◆ *Pedro Retamal Carrasco /  
Alberto Botto Valle / Giselle Filippi Migeot*

En esta revisión no pretendemos profundizar en términos tales como temperamento y carácter. El primero, lo entendemos como primordialmente constitucional, con sustrato biológico, en tanto que la personalidad y el carácter comprenden un conjunto más amplio, incluyendo el aprendizaje. Siguiendo la postura de Barrantes y cols. (2001), conseguir diferenciar ambos elementos en la práctica resulta un ejercicio más bien teórico que práctico. Iniciaremos este trabajo realizando un repaso por la historia de la relación entre personalidad y enfermedad bipolar y, en general, sólo comentaremos acerca de la depresión monopolar, en la medida que facilite la comprensión del tema. A continuación, una revisión de las hipótesis más conocidas, en especial, aquellas relacionadas con los aspectos psicodinámicos, incluyendo factores de predisposición en las relaciones familiares. Muy importante es la consideración de la personalidad como manifestación atenuada de la patología anímica y el concepto de espectro bipolar.

### **Modelos de relación entre enfermedades del ánimo y personalidad**

---

Numerosos autores han coincidido en describir cuatro modelos que ayudan a comprender la relación entre personalidad y patología anímica; en esta parte del trabajo, revisaremos algunas de ellas:

#### **Modelo de la predisposición**

Plantea que existen algunos individuos poseedores de determinadas características de personalidad, precedentes a la enfermedad, que los haría vulnerables a ésta bajo ciertas condiciones. Estos patrones de personalidad antecederían al comienzo de los síntomas

y, por ello, serían un factor de predisposición. Puede mencionarse como ejemplo la concepción del *Typus Melancholicus* en Tellenbach.

Este modelo proporciona una explicación para la interacción del individuo con su ambiente, y postula la existencia de características temperamentales previas al desarrollo de la enfermedad.

### **Modelo patoplástico**

Aquí, la personalidad o temperamento actúa como modificador de la patología del ánimo y, por una parte, determina hasta cierto punto la expresión clínica del trastorno, aunque no se halla implicada en su patogénesis. Por otro lado, influye en el impacto de los factores de riesgo o en la presentación de acontecimientos precipitantes y, una vez que aparecen los síntomas, participa en la respuesta a las terapias, en el acceso a los recursos, en las estrategias de afrontamiento, etc.

Esta hipótesis puede considerarse incluida en la anterior, puesto que la predisposición a la psicopatología debería desempeñar un rol en la determinación del tipo de alteración y de los recursos para manejarla.

### **Modelo del espectro**

En este caso, la personalidad sería una expresión atenuada de la patología afectiva, la manifestación sutil de la enfermedad, existiendo un patrón genético común que, a veces, se expresa completamente y otras parcialmente, dando origen a una manifestación en la personalidad de la enfermedad de base. Esta hipótesis corresponde a las ideas de Kraepelin, Kretschmer y actualmente Akiskal. Los patrones de conducta como la ciclotimia serían, por un lado, un continuo con la normalidad y, por el otro, con la enfermedad maníaco depresiva. Tal posición tiene un pragmatismo atractivo: puede ser posible manejar la personalidad anormal según el modelo clásico psicobiológico de la enfermedad.

### **Modelo de la complicación**

En este enfoque se piensa que la personalidad se altera profundamente bajo la influencia de la enfermedad afectiva, es decir, se operarían determinados cambios en la personalidad como consecuencia de esta experiencia. Por ejemplo: en la autoestima, en los patrones de interacción social, en la habilidad de mantener trabajos y relaciones interpersonales significativas, cambios de humor, energía, percepciones y pensamientos. Tales cambios son producidos en el corto y largo plazo, y pueden ser reversibles o no.

Nos parece que estas cuatro maneras de entender la relación entre patología bipolar y personalidad, en la práctica, tienden a ser complementarias o de superposición, siendo las de mayor relevancia y consistencia la del espectro y la de la predisposición.

## Revisión histórica

---

Se han empleado tres líneas de pensamiento. La primera buscó temperamentos asociados a la enfermedad bipolar que reflejaran, en forma atenuada, fenómenos propios de la depresión y la manía (línea iniciada por Kraepelin, Kretschmer, Leonhard y más recientemente, Akiskal). La segunda línea está basada en la descripción fenomenológica. La última postura se basó en estudios clínicos de personalidad por un lado, y en concepciones teóricas sobre psicogénesis de las enfermedades anímicas por otro, es el caso de los autores como Abraham, Freud y Fromm-Reichmann entre otros, quienes realizaron descripciones sintomáticas a partir de observaciones clínicas y desarrollaron una determinada teoría. La primera postura corresponde a la teoría constitucional y la segunda a la teoría psicoanalítica.

### Teorías constitucionales

#### Ernest Kretschmer (1947)

Propone que el temperamento esquizoide sería el componente esencial de la personalidad premórbida en la esquizofrenia y el cicloide en los maniaco-depresivos. Por temperamento cicloide entiende una determinada entidad patológica que fluctúa entre lo sano y lo enfermo, y que refleja los síntomas fundamentales de las psicosis cíclicas en el grado más leve. Dentro de los temperamentos cicloides, puede distinguirse un polo hipomaniaco con afabilidad, un temple abierto, sociable, unas veces más alegre, vivaz y chistoso, activo, emprendedor y otras más melancólico, blando y callado. El temperamento hipomaniaco estaría conformado básicamente por dos elementos: tonalidad eufórica y aceleración del ritmo psíquico y, si bien no profundiza, abarca a la vez una asombrosa variedad de objetos. Los pensamientos se encadenan sin el menor retraso, llegando en los casos más intensos a la fuga de ideas. El temperamento melancólico, en cambio, se hallaría conformado por una tendencia a la afectividad depresiva y un ritmo psíquico lento, sus ademanes son escasos y circunspectos, los pensamientos requieren tiempo, las decisiones maduran penosamente.

Para este autor, la delimitación entre ambos polos no puede ser tan clara, puesto que en los hipomaniacos se encontrarían componentes depresivos y en los depresivos componentes maniacos. Por tanto, sería factible establecer una determinada proporción de ambos rasgos en el temperamento cicloide. Pensó que podría establecer un continuo entre los temperamentos cicloide y esquizoide, formado por las múltiples proporciones posibles de determinar. A diferencia del esquizoide el enfermo del ánimo siempre mantiene el contacto vital con la realidad, relación permanente con el entorno, en sintonía, en oposición a la esquizoidia.

#### Karl Leonhard (Filippi, G., 1996)

Continuó la línea de investigación de Kretschmer, llegando a conclusiones similares. A través de sus investigaciones estudió el temperamento asociado a los trastornos afectivos, en pacientes bipolares y unipolares como en sus familias. Obtuvo la siguiente conclu-

sión: en los familiares de pacientes maniaco-depresivos es frecuente encontrar una personalidad ciclotímica y no una psicosis. En forma similar, familiares de pacientes que padecen una depresión o una melancolía, presentan una personalidad de tipo subdepresiva. Observó que en los familiares cercanos de los pacientes, en general, se encuentran aumentadas todas las formas de patología afectiva y con mayor frecuencia que en grupos controles. Tales hallazgos sirvieron de base para la posterior formulación de la hipótesis del espectro. Postuló como factor clave una predisposición genética. Existiría una predisposición a sufrir enfermedad bipolar, expresada como una psicopatología ciclotímica, la que se encontraría con mayor frecuencia en familiares de primer grado. De igual forma, constituciones subdepresivas podrían ser vistas como expresión de una predisposición hacia la melancolía y las depresiones puras.

### **von Zerssen (1985)**

Es el seguidor contemporáneo de las tesis de Kretschmer y, en último término, de Kraepelin. Investigó las relaciones existentes entre personalidad premórbida y enfermedad afectiva. Logró validar el "Typus Melancholicus" propuesto por Tellenbach, así como el de "Typus Manicus" propuesto por él mismo. Designó como Typus Manicus a un conjunto de rasgos de personalidad hipertímica que constituirían el correlato premórbido del componente maniaco, que se expresaría completamente en la enfermedad bipolar. Los pacientes en quienes se postula el Typus Manicus pueden caracterizarse como personas inestables, amantes del riesgo, capaces de sobreponerse, generosas, vitales, independientes, originales, poco convencionales; poseen intereses excéntricos y variados y son ricos en fantasías. De niños se caracterizaron por su vivacidad e hiperactividad, lograron un alto rendimiento escolar y, más tarde, optaron por un trabajo independiente; mostraron un mayor número de rupturas familiares a través de su vida y relaciones interpersonales superficiales.

Según von Zerssen, si tomamos un grupo de pacientes y los clasificamos como esquizofrénicos, depresivos unipolares endógenos y maniaco-depresivos bipolares en base únicamente a sus resultados en personalidad premórbida, donde se incluye su biografía y sus relaciones intra y extrafamiliares, es posible acertar en el diagnóstico en una proporción de casos tal que supera, con mucho, a lo esperado a partir de una elección aleatoria. Esto se debe, sobre todo, a los rasgos predominantemente esquizoides de los esquizofrénicos y a los rasgos de tipo melancólico que caracterizan a los depresivos unipolares. Las dificultades aparecen, sobre todo, en el caso de los bipolares, porque no es fácil clasificarlos dentro de un tipo determinado. Algunos de estos pacientes tienen rasgos premórbidos similares a los de los depresivos unipolares y exhiben ciertas características del "tipo melancólico". Pero otros, poseen rasgos hipertímicos del "tipo maniaco" o no poseen características fuera de lo corriente. Por tal razón, von Zerssen, adoptó la hipótesis de un tipo maniaco para aquellos bipolares cuyos episodios son predominantemente de esa índole. De esta manera, los resultados encontrados en los trabajos sobre la personalidad de estos maníacos unipolares son diferentes de los datos sobre los bipolares maniaco-depresivos tradicionales. En general, se han encontrado desviaciones claras en los pacientes con depresión endógena unipolar. Menos pronunciados y más inconsistentes son los datos de los

maniaco-depresivos bipolares. Tan sólo los pacientes con episodios predominantemente maníacos –manía unipolar– parecen distinguirse claramente de los controles normales. En los enfermos con patología del ánimo, los bipolares manifiestan una diferencia de escasa magnitud respecto a los controles normales. Se ha dicho que éstas, casi nulas, desviaciones de la personalidad de los pacientes con enfermedad bipolar típica, se deben a una mezcla de rasgos del tipo maníaco y del tipo melancólico. Por otra parte, la predisposición marcada hacia episodios melancólicos o de manía se manifiesta en la personalidad premórbida por una desviación relativamente específica, de manera que los enfermos que tienden a episodios melancólicos, generalmente presentan rasgos del “ tipo melancólico”. En tanto, los que sufren más episodios maníacos, generalmente, muestran rasgos del tipo maníaco. La combinación de estas dos predisposiciones, como se encuentra en la mayoría de los maniaco-depresivos “ bipolares”, generalmente se corresponde con un patrón de personalidad irrelevante, a pesar de lo cual, en algunos casos puede, predominar los rasgos de uno u otro tipo.

Los rasgos de personalidad del tipo maníaco y del tipo melancólico, de acuerdo con von Zerssen, son manifestaciones de una predisposición constitutiva hacia el desequilibrio episódico en un sistema que regula la actividad general, el humor, la autoestima y, en parte, el sueño y otras funciones autonómicas. Al parecer, esta tendencia está genéticamente determinada y tiene su base en una anomalía bioquímica que se compensa en los períodos libres de episodios afectivos. Sin embargo, esta trastorno puede estar influyendo en el desarrollo de la personalidad mucho antes del comienzo de los síntomas. En el caso del tipo melancólico, la influencia es visible en la infancia. En opinión de este autor, en el caso del tipo maníaco esa tendencia llega a manifestarse sólo a partir de la pubertad. Las presiones exteriores pueden modificar esta evolución e incluso pueden jugar un papel en el desencadenamiento de las fases de la enfermedad.

Entre los rasgos del tipo maníaco, es posible reconocer algunos síntomas aún antes que llegue a desencadenarse esa enfermedad. En cambio, muchos de los rasgos del tipo melancólico presuponen una tendencia a elaborar defensas contra las emociones negativas propias de la depresión: es posible evitar la pérdida de la autoestima esforzándose en conseguir hacer bien las cosas y fomentando la intimidad en las relaciones interpersonales. En los episodios depresivos tales defensas se vienen abajo. Parece como si, en ese momento, las cualidades socialmente positivas se invirtieran y entonces la eficiencia es reemplazada por la ineficacia, y los lazos íntimos por la pérdida de contacto.

La acción terapéutica que hace posible la restitución del equilibrio psicológico alterado durante el episodio afectivo, permite que los rasgos de personalidad premórbida reaparezcan igual que tras la remisión espontánea. Según von Zerssen, la acción profiláctica del litio puede influir en la vulnerabilidad a sufrir nuevas fases y, por eso mismo, en ocasiones reduce las peculiaridades de su personalidad. Sin embargo, no hay que descartar la posibilidad que los pacientes que mejoran con litio se deba no tanto a un cambio en la personalidad básica, como a la eliminación de los síntomas residuales de su patología.

## Teorías fenomenológico-antropológicas

Conviene recordar brevemente, que el *Typus Melancholicus* de Tellenbach sería la manifestación de la personalidad que predispone a la enfermedad depresiva. Sin embargo, este tipo debe ser entendido como una manera de estar en el mundo y no como una anomalía ya que, de hecho, sus características de apego al orden, cumplimiento, escrupulosidad moral y mantener toda relación libre de conflictos pueden tener un valor muy adaptativo en la sociedad occidental, necesitada de “buenos empleados”; de manera que las relaciones interpersonales quedan comprometidas en “un ser para los otros” y no en “un ser para sí mismos”, llegando a ser vividas como una forma más de rendimiento (Filippi, G., 1996; Dörr, O., 1994).

De mayor importancia en la patología bipolar es el trabajo de Kraus (Filippi, G., 1996; Heerlein, A. y cols., 1998). Propone el concepto de intolerancia a la ambigüedad (y su opuesto) como un factor fundamental para comprender esta patología de manera estructural; distingue una tolerancia cognitiva y una emocional. Las situaciones ambiguas se tornarían fuentes de amenaza ante las que se reaccionaría evitando o negando y estaría presente en todas las interacciones sociales, debido a las diferencias de expectativas mutuas. Resultaría unificador de una serie de fenómenos observados, tales como el tipo de vínculos, emotividad, orientación hacia las normas y vivencia del tiempo. A continuación se expone un breve análisis de cada uno de ellos.

Los pacientes bipolares buscan establecer vínculos muy estrechos y dependientes. Esta observación estaba presente ya en los escritos de Bleuler, en su concepto de “sintonía”, en el “ser-con” de Tellenbach y en las observaciones de Kretschmer, quien los definió como “hombres sociables”. Según Kraus, esta sociabilidad se explica a partir de la tolerancia emocional y cognitiva a la ambigüedad, debido a la idealización en la que incurren, dejando aspectos y sentimientos negativos excluidos de la interacción y conduciéndose, ante los demás, de manera estereotipada y superficial. Los enfermos bipolares tendrían dificultad para identificar y reconocer una mezcla de rasgos atractivos y desagradables en los demás, así como la necesidad de evitar sentimientos complejos de modo que su relación de dependencia no se vea en peligro.

Kraus resalta la notoria incapacidad de estos pacientes para matizar sus sentimientos. Tanto lo cognitivo como lo emocional de un sentimiento, se excluyen de su opuesto respectivo. Por tanto, se encuentran dominados por un sólo estado emocional y, en el plano cognitivo, por una única directriz ideativa. Lo anterior permite una amplificación o intensificación de emociones, debido a la restricción impuesta por este fenómeno a la complejidad de sentimientos posibles de experimentar. Por ejemplo, en la manía queda en evidencia la falta de modulación emocional y aparece como patológico el no poder experimentar otros sentimientos, como angustia y culpa. La alteración no se referiría tanto al rechazo de determinados sentimientos, sino más bien a qué aspectos completos del mundo y de sí mismo dejan de estar presentes. Tanto el depresivo como el maniaco quedan atrapados en un determinado modo de ser.

En relación a las normas, se piensa que la identidad se configuraría a partir de la identificación y disolución de la identificación con un determinado rol. Una adaptación normal requiere un equilibrio entre una auto y heterodeterminación, es decir, una relación equilibrada entre identidad de rol e identidad del Yo. Se requiere una "ambigüedad" que caracterizaría, normalmente, el comportamiento de rol en la percepción de los intereses propios y ajenos.

El depresivo monopolar carece de tal ambigüedad, produciendo un comportamiento hipernómico (excesiva adaptación a las necesidades de los demás posponiendo sus propios intereses). En los bipolares aparecen tendencias antagónicas, por una parte, presentan una intensa necesidad de dependencia y, por otra, una fuerte disposición a la autonomía. En ocasiones llegan a negar toda adaptación impuesta desde un rol.

En relación a la vivencia del tiempo, en pacientes depresivos puede notarse una supresión de la ambigüedad necesaria para moverse psíquicamente entre pasado y futuro. El maníaco, por el contrario, en todo momento se encuentra anticipando el futuro y transformándolo en presente.

También destaca aspectos de la interacción familiar. Observó que los padres de estos pacientes tendían a formas de comportamiento totalmente opuestas. Esto, a la vez que confundía al niño, lo llevaba a identificarse alternativamente con uno y otro, evitando así la ambivalencia. La formación de la identidad requeriría una constante síntesis de identificaciones conflictivas. La situación familiar descrita imposibilitaría el desarrollo de la propia identidad, en cuya carencia se originarían comportamientos intolerantes a la ambigüedad.

## **Teorías psicoanalíticas**

Las explicaciones psicoanalíticas han estado fuertemente asociadas con la génesis de las enfermedades del ánimo, primordialmente con el origen de la depresión (Freud, S., 1948; Fenichel, O., 1996). Resulta escasa la opinión respecto del episodio maníaco y en particular sobre la personalidad de los pacientes con enfermedad bipolar, resultando difícil trasladar los conceptos psicoanalíticos que facilitan la comprensión de la manía para establecer la relación con la personalidad. (Fenichel, O., 1996; Jiménez, J.; Klein, M., 1948). Sin embargo, la comprensión de los aspectos dinámicos de la depresión y manía contribuyen al mejor manejo de la patología del ánimo, incluyendo los aspectos psicoterapéuticos (Jiménez, J.; Gabbard, G., 1990; Retamal, P., Cantillano, V., 2001).

De gran valor para la comprensión psicodinámica y descriptiva de los enfermos maniaco-depresivos, es una monografía de Frieda Fromm-Reichman que resumiremos a continuación (Fromm-Reichmann, F., 1994).

Estos pacientes parecen venir de familias grandes, con múltiples figuras paternas y maternas, que comparten la responsabilidad de guiar al niño (futuro bipolar), no aparece un adulto importante que asuma la plena responsabilidad por el niño y con quien pueda

relacionarse adecuadamente y, con frecuencia, nadie se interesa por su bienestar. La relación con el niño está determinada por el objetivo para el que se lo requiere y por el papel que se le impone según las necesidades de la familia y que estarían determinadas por el hecho de que pertenecen a grupos minoritarios aislados, a quienes sería necesario mantener ciertas normas o luchar por la supervivencia. Se crea en él una gran inseguridad: se siente impotente, indefenso, y si intenta defenderse considera también su defensa ineficaz; intenta buscar una persona de significación para quien él pueda ser importante, y si cree haberla encontrado se aferra. Luego, como paciente, en su relación con el terapeuta manifiesta dependencia adhesiva. El paciente posee –en apariencia– buena capacidad para establecer relaciones interpersonales que, sin embargo, resultan superficiales al carecer de real interés por el otro. Según Fromm-Reichmann, éste sería el modo en el que logra tranquilizarse en la lucha contra la inseguridad y sensación de rechazo.

En ciertos casos habría sido elegido un niño como el principal portador de la carga de obtener prestigio para la familia; tal vez, era el más brillante, el mejor parecido, el más dotado de cualquier otra manera, o porque era el mayor o el menor. Con frecuencia, fue la madre quien más estimuló la necesidad de obtener prestigio. Ella era habitualmente la más fuerte y decidida de ambos padres, mientras que el padre era el débil, fracasado y considerado responsable del escaso prestigio de la familia.

El papel especial que tienen estos pacientes dentro del grupo familiar los ha llevado muy temprano a asumir responsabilidades, o ellos mismos han asumido este papel. Pueden sentirse muy solos desde el comienzo de su vida y en una atmósfera donde la intimidad personal es poco considerada, prefiriéndose el bien común de toda la familia. En muchos casos, estas personas no perciben su soledad, porque lo único que es estimulado es el sentimiento de pertenencia grupal.

El enfermo sería una persona aparentemente bien adaptada entre las fases, aunque puede manifestar cambios de humor menores y, con frecuencia, tiene éxito; puede ser laborioso y escrupuloso y, a veces, su exceso de escrupulosidad induce a considerarlo obsesivo. Mantiene una o más relaciones de dependencia, pero no muestra la típica necesidad del obsesivo de controlar a la otra persona, en el sentido de engullirla. Su sensación íntima, cuando puede percibirla, es de vacío y pena. Es estereotipado en sus actitudes y opiniones, tendiendo a asumir las opiniones de las personas de su entorno a quien considera superiores. Los sentimientos de dependencia están, en su mayor parte, fuera de la conciencia en los estados de bienestar, también en la fase maníaca y –con frecuencia– se sienten orgullosos de ser independientes.

La autora ha postulado que las relaciones interpersonales han interrumpido su desarrollo en el punto en el que el niño se percibe como separado de los demás, pero todavía no ve a estos como seres humanos completos; los ve más bien como entidades que son a veces buenas y otras malas. Si esto es así, se vuelve comprensible la escasa discriminación del adulto respecto de los demás. Su vida y bienestar dependen de la bondad del otro, tal como él ve las cosas, y es incapaz de reconocer que la misma persona puede aceptar hoy, rechazar mañana y aceptar posteriormente. Tampoco puede percibir que



ciertos aspectos de su comportamiento pueden ser aceptables y otros no, en cambio, considera a las relaciones como todo o nada.

## **Resultados de un estudio con test de Rorschach**

---

Vamos a presentar un resumen de los resultados obtenidos al aplicar el test de Rorschach a un grupo de 30 pacientes con enfermedad bipolar I y II, mujeres entre 20 y 60 años en periodo eutímico (Filippi, G., 1996, 1999).

Encontramos un estilo perceptivo parcial, caracterizado por una apreciación concreta de la realidad, con poca capacidad planificadora y de organización. En consecuencia, su adaptación se relaciona más bien con el plano de lo contingente, con dificultades para anticipar y planificar metas futuras, con una adaptación que es sólo aparente y se relaciona más bien con planos superficiales de la interacción.

El examen de la realidad está básicamente conservado, pero con la aparición de mínimos núcleos psicóticos que quiebran este juicio, irrumpiendo elementos del proceso primario. Proyecciones masivas, dificultades para funcionar con conceptos discretos y separados, tendiendo a la confusión de ellos, alteraciones del orden lógico, que traducen la dificultad para discriminar yo-no yo, confundiendo, por tanto, aspectos de su realidad interna y externa. En el área afectiva el control interno es deficitario, lo que posibilita la emergencia de la pulsión en busca de satisfacción inmediata y que se traduce en conductas impulsivas, poca tolerancia a la frustración y baja capacidad empática.

Sin embargo, aparece también un grupo de pacientes caracterizados por coerción de la afectividad y excesivo control emocional, aspecto que no aparece descrito en la literatura. Tal polaridad, presente al interior de un mismo grupo, podría orientar hacia dos configuraciones de personalidad, una de base más esquizoide y otra más afectiva. Recordemos que Kretschmer señaló la posibilidad de un continuo entre temperamento esquizoide y ciclotímico. También, se observó un alto monto de angustia paranoide y que podría ser relacionado con el hallazgo anterior. En otros momentos (más ligado a lo depresivo) parte de la agresión es volcada sobre el Yo.

En sus respuestas aparecieron importantes núcleos orales. De igual forma, se encuentran indicadores de simbiosis y dependencia, necesidades de incorporación objetal, consideradas como una forma de regresión a tempranos periodos del desarrollo psíquico con relaciones interpersonales muy simbióticas.

Las figuras aparecen poco gratificadoras y hostiles, dificultando el proceso de individuación. Se observa una imagen materna poco diferenciada y una paterna revestida por poderes mágicos. Existe una identidad sexual bien configurada, un adecuado sentido de apropiación de los actos psíquicos y de la experiencia corporal, pero la identidad personal se ha estructurado desde un vínculo con imágenes internas sentidas como dañinas,

lo que dificulta el desarrollo psíquico y, en ese sentido, no sorprende encontrar alteraciones en la autoimagen y autoestima, apareciendo representaciones defectuosas y dañadas del self. Respecto a la estructura defensiva, se observa un uso predominante de mecanismos más bien primitivos: escisión, negación, omnipotencia y desvalorización.

A juicio de la autora de este estudio los elementos relevantes serían los siguientes: falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos, pensamientos del tipo proceso primario, defensas más bien primitivas, percepción de objetos internos peligrosos que nos recuerdan el estilo de funcionamiento de la personalidad del tipo límite (Filippi, G., 1996; Florenzano, R., 2000); pero siendo este perfil en el test de Rorschach una característica de los pacientes de la muestra, no es específico.

Al respecto, es importante recordar la clasificación de Kernberg sobre los trastornos de personalidad: neuróticas bien organizadas, organización límite y las estructuras psicóticas. La organización límite de la personalidad presenta difusión de identidad con mecanismos defensivos primitivos y prueba de realidad conservada. Es posible distinguir un nivel inferior (personalidad esquizoide, esquizotípica, paranoide y personalidad hipomaniaca) y un nivel superior (personalidad ciclotímica, sadomasoquista, infantil) (Kernberg, O, 1997; Gomberoff, L. 1999). Considerando la experiencia de uno de los autores, es probable que los pacientes de esta muestra correspondan a una combinación de aspectos de la estructura límite.

Nos pareció que este estilo de funcionamiento, precario e inestable, resulta bastante más patológico que el que había sido descrito en revisiones previas (Godwin, F., Jamison, K., 1990), probablemente en concordancia con la suposición de la restitución total entre las fases maníaco-depresivas, comparado con la esquizofrenia (Retamal, P., Cantillano, V., 2001; Cabrera, J. y cols., 1990). Sin embargo, muchos de los instrumentos utilizados en la medición de rasgos de personalidad (auto-inventarios) acceden sólo a la capa superficial de la personalidad, es decir, a los rasgos sociales, aquellos que caracterizan la conducta de los individuos con respecto a otras personas; en cambio, en este estudio se optó por utilizar una técnica proyectiva con el objeto de conocer aspectos estructurales de la personalidad.

## **Enfermedad bipolar y comorbilidad con patología de la personalidad**

---

El término comorbilidad indica la presencia de más de una patología en un paciente en cierto período (Peruggi, G. y cols., 1999), no tendría una connotación respecto del tipo de relación etiopatogénica entre tales cuadros y sólo indica coincidencia. Sin embargo, lo habitual es que la presencia de una patología comórbida con la enfermedad bipolar complique la evolución (Peruggi, G. y cols., 1999). La Asociación Psiquiátrica Americana (2002) indica que los trastornos de la personalidad complican el impacto del estrés psicosocial que puede precipitar o exacerbar episodios afectivos, disminuye la recupera-

ción interepisódica, provoca mayor compromiso funcional y hace más difícil el cumplimiento de la terapéutica profiláctica.

La comorbilidad con patología específica de la personalidad presenta cifras variables, sobre todo en el Cluster B del DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), con predominio del trastorno límite. En una revisión de Vieta (1999) se concluye que, en promedio, los desórdenes de la personalidad comprometen al 24% de los pacientes bipolares.

En la Tabla N° 1 aparece un resumen de los estudios revisados, y que al ser complementada con los porcentajes que revisa Vieta (1999) permitiría concluir que: en la década de los años ochenta la comorbilidad de la enfermedad bipolar con la patología de la personalidad fue relativamente baja, comparada con la de los años noventa y siguientes. Una excepción es el estudio de Benazzi del año 2000 que entrega un 12% de trastornos límite, pero en una muestra de pacientes ambulatorios de la práctica privada, probablemente distinta a la población que se atiende en las clínicas especializadas. Es difícil interpretar este aumento de patología de la personalidad en los pacientes bipolares. Puede influir una mejor pesquisa con cuestionarios específicos, pero también puede tener que ver con un aumento real, que quizás pueda estar relacionado con el consumo de alcohol y drogas. Un estudio de Kay y cols. (1999) muestra que los pacientes bipolares tipo II que consumen alcohol tiene 52% de probabilidad de padecer patología en el Eje II, comparado con el 24% cuando no consumen alcohol. Conviene recordar que la comorbilidad de la enfermedad bipolar tipo I con otro diagnóstico psiquiátrico es 39-66%, y específicamente con abuso de alcohol y drogas 21-58% (Tohen, M., Zarate, C., 1999).

**TABLA N° 1 • Estudios de Comorbilidad de Enfermedad Bipolar y Trastornos de Personalidad entre los años 1981 a 2000.**

<b>Autores</b>	<b>Porcentaje Afectado</b>	<b>Tipo Predominante</b>
Charney y colab. ( 27) 1981	23	No especificado
Gaviria y colab. (28 ) 1982	12	Límite
Baxter y colab. (29) 1984	4	Límite
Boyd y colab. (30 ) 1984	4	Antisocial
Peselow y colab. (31) 1995	45	Límite
Pica y colab. (32) 1990	45	Histriónico
Kay y colab. (33) 1999	38	No especificado
Vieta y colab. (34) 2000	33	No especificado
Benazzi F. (35-) 2000	12	Límite

La evolución de los pacientes bipolares con trastornos de la personalidad indica que requieren mayor número de hospitalizaciones, realizan más intentos suicidas, son más vulnerables al estrés y obtienen una menor recuperación, asociada con baja compliance farmacoterapéutica y con puntajes inferiores en el GAF (Cheour, M. y cols., 1999).

Se sabe que algunos rasgos de personalidad del Cluster B pueden incrementar la probabilidad que el estrés psicosocial provoque nuevos episodios; en un grupo de pacientes bipolares, en el 60% de los casos, el estrés fue el resultado parcial o total de las propias conductas y características; por otra parte los pacientes bipolares que son más introvertidos y obsesivos tienen mayor probabilidad de recaída, en tanto que la extroversión y baja obsesividad proporciona algún grado de protección aún bajo condiciones muy estresantes (Gitlin, M., Himmelen, C., 1999).

Akiskal indica la gran superposición entre los síntomas afectivos y los derivados de una personalidad límite y que al emplear esta última categoría se descuidan los primeros, siendo preferible diagnosticar los problemas anímicos a expensas de los de la personalidad. Y, si bien, no todas las alteraciones de la personalidad remiten con una adecuada terapéutica de las anímicas, la situación resulta tan frecuente que justificaría el error a favor de las afecciones del estado de ánimo. Sin embargo, advierte que la compleja interacción de ambos cuadros resulta inseparable desde la perspectiva médica (Akiskal, H., 1997). Es probable que el modelo combinado para el manejo de la depresión sea también útil para comprender la interacción entre la patología de estado y de rasgo, además de facilitar la integración de la patología anímica de la "mente" y del "cerebro" (Retamal, P., 1991), disminuyendo la vehemencia farmacológica en la terapéutica utilizada en la enfermedad bipolar (Retamal, P., Pinto, O., 1999).

## El concepto de espectro bipolar

---

De mucha importancia teórica y, sobre todo, terapéutica, son los estudios de Akiskal (1999, 2001) en relación al concepto de espectro bipolar que ha llevado a extender la enfermedad maniaco-depresiva hacia el lado monopolar y también hacia la vertiente de la patología de la personalidad, en especial, el trastorno límite. Con anterioridad, se había conseguido el rescate de muchos pacientes erróneamente diagnosticados como portadores de esquizofrenia (Akiskal, H., Punzotian, V., 1979). La hipótesis es que el temperamento ciclotímico, hipertímico y distímico constituirían el fenotipo conductual más cercano al curso premórbido de los cuadros afectivos (Barrantes, N., y cols., 2001).

Las características del temperamento ciclotímico son las siguientes:

1. hipersomnia alternando con menor necesidad de horas de sueño.
2. introversión alternando con desinhibición social.
3. disminución de la producción verbal alternando con verborrea.
4. llanto inexplicable alternando con bromas excesivas.
5. inhibición psicomotora alternando con hiperactividad.
6. letargia y malestar físico alternando con eutimia.
7. sentidos embotados alternando con percepciones agudas.
8. confusión mental alternando con un pensamiento ágil y creativo.
9. autoestima elevada oscilante con escasa confianza en sí mismo.
10. ideas pesimistas alternando con optimismo y despreocupación (Barrantes, N., y cols., 2001; Akiskal, H. y cols., 1979).

Las características del temperamento hipertímico, según Akiskal, serían:

1. alegre, excesivamente optimista o expansivo.
2. cálido, fácil contacto, extrovertido.
3. verborreico y bromista.
4. sueño habitualmente breve (menos de 6 horas, incluso los fines de semana).
5. activo, emprendedor, realiza actividades imprevisibles.
6. impertinente y entrometido.
7. desinhibido, ávido de sensaciones, promiscuo (Barrantes, N., y cols., 2001).

En cambio, el temperamento depresivo resulta ser opuesto al anterior:

1. melancólico, desanimado o incapaz de divertirse.
2. tiende al aburrimiento y a la cavilación.
3. introvertido, pasivo o lento.
4. habitualmente duerme mucho (más de 9 horas) o presenta insomnio intermitente.
5. preocupado por los reveses y los acontecimientos negativos hasta la alegría patológica por los propios fracasos.
6. escéptico, crítico o quejumbroso.
7. autocríticas, reproches y tendencia a la culpa.
8. confiable con tendencia a la dependencia (Barrantes, N., y cols., 2001; Akiskal, H., y cols., 1993).

Los diversos estudios han demostrado que tiene mayor prevalencia el temperamento depresivo, sobre todo en mujeres. En los varones sería más frecuente el temperamento hipertímico, al igual que los episodios maníacos. Conviene tomar en cuenta que este tipo de temperamento podría tener un valor adaptativo en sociedades dirigidas al logro y competitividad, con empleados muy entregados al trabajo, llenos de responsabilidades y con condiciones de líderes.

La consideración de las variables temperamentales, por lo tanto premórbidas (o interfásicas), tiene variadas consecuencias. En una investigación del año 1999, Henr y cols. estudiaron 72 pacientes bipolares tipo I y encontraron que, aquellos con alto puntaje en temperamento depresivo o bajo en hipertimia sufrían mayor número de episodios y mayor número de fases depresivas y más intentos suicidas; aquellos con alto puntaje en temperamento hipertímico sufrían más episodios maniaco que depresivos.

Otra importante consecuencia es la hipótesis de que las características desadaptativas de la personalidad sean, en realidad, manifestaciones atenuadas de la patología bipolar. Así ocurre que en pacientes con temperamento hipertímico y ciclotímico mejoran de manera notable con valproato (Deltito, J., 1993). En otro estudio con pacientes con trastorno limitrofe de la personalidad y apoyado en la revisión de la información disponible, concluye que el 44% de tales pacientes pertenecen al espectro bipolar, que subiría al 69% cuando el paciente sufre un switch hipomaniaco al emplear antidepresivos (Deltito, J., y cols., 2001). Barrantes y cols. (2001) apoyan el planteamiento de Akiskal, de acuerdo con el cual muchos pacientes con inestabilidad afectiva que han sido rotulados como histriónicos, limitrofes o antisociales, presentan estados subafectivos que podrían

mejorar con estabilizadores del ánimo. Sin embargo, para plantear tal posibilidad se han sugerido algunas condiciones: antecedentes familiares de enfermedad bipolar, suicidio o alcoholismo; inducción de hipomanía-manía con antidepresivos y que anteriormente se haya conseguido estabilidad con litio o anticonvulsionantes.

La suposición es que existe una continuidad entre normalidad y patología, y que debe ser posible describir las vías a través de las cuales las dimensiones de temperamento y personalidad normales dictan, en parte, la naturaleza del trastorno, si consigue acabar por manifestarse. Por tanto, desde este punto de vista, los factores de temperamento y personalidad median entre los genes y la psicopatología, obviamente junto a factores ambientales e interactuando con ellos (Barrantes y cols. 2001; von Zersenn, D., Akiskal, H., 1998).

No olvidemos que el concepto de personalidad borderline ha sufrido varias oscilaciones que han pretendido, en un período, inclinarlo hacia la esfera de las esquizofrenias y, más recientemente, hacia el campo de las enfermedades anímicas (Stone, M., 1979). Es importante tener en cuenta que el manejo farmacológico de los trastornos de la personalidad, desde la perspectiva de la patología del Eje II, en general ha sido considerado desde un punto de vista sintomático, es decir, la intención es tratar síntomas patológicos de la personalidad, no la personalidad anormal propiamente tal (Florenzano, R., 2000, Trestman, R. y cols., 1998).

## CONCLUSIONES

---

1. Después de la sugerencia de Kraepelin (1996), que en los períodos intercríticos existían síntomas psicológicos en el estilo de vida de los pacientes maniaco-depresivos, durante varios decenios los autores más clásicos no realizaron aportes significativos. Los trabajos psicoanalíticos no se interesaron mayormente en la personalidad de estos pacientes, excepto el estudio de Fromm-Reichmann (1994) que intentó una revisión evolutiva (incluyendo la infancia), es decir, algo similar a lo realizado por Kraepelin en el corte longitudinal desde una visión psicopatológica.
2. Un significativo aporte fue realizado por von Zerssen (1985) al estudiar el *Typus Manicus*, demostrando que existen determinadas predisposiciones de la personalidad que luego se expresan en la sintomatología maniaca de la enfermedad.
3. Resulta muy interesante la postulación de Akiskal (1999, 2001) sobre espectro bipolar que considera que determinados temperamentos corresponderían a formas subclínicas de la patología bipolar y, sobre todo, que los trastornos de personalidad del cluster B en cierta medida representan una manera distinta de conceptualizar tales temperamentos y, por lo tanto, la terapéutica con estabilizadores del ánimo podría aliviar a un buen número de pacientes con patología limítrofe de la personalidad.
4. La comorbilidad de la enfermedad bipolar con trastorno de la personalidad del cluster B es elevada y parece ir en aumento, al parecer en relación con el consumo de alcohol y drogas. En esta situación clínica, la evolución y pronóstico de la patología maniaco-depresiva es más difícil.

## Capítulo 24

### ORGANICIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

---

■◆ *Fernando Ivanovic-Zuvc Ramírez*

#### Aspectos históricos y conceptuales

---

Las modificaciones que experimenta la personalidad de un individuo a lo largo de la vida pueden deberse a una serie de condiciones ambientales que influyen en determinadas épocas del desarrollo, como también por la aparición de trastornos orgánicos que afectan al sistema nervioso central, dando lugar a cambios en la forma como el individuo interactúa con su entorno y con los otros. Estas modificaciones provocadas por acontecimientos patógeno-somáticos tienden a mantenerse por largos períodos, a menudo toda la vida, constituyendo un trastorno de la personalidad, como un diagnóstico definido con parámetros delimitados. Es así como el DSM IV, incorporó el criterio diagnóstico de “cambio de la personalidad debido a una condición médica general” y lo distingue de una serie de otras condiciones orgánicas que afectan transitoriamente al sujeto, como también de los trastornos de personalidad derivados de situaciones psicógenas o biográficas.

Debido a que diversas condiciones tanto médicas como biográficas pueden provocar –ya sea en forma transitoria o permanente– cambios en la personalidad, para delimitarlas se deben efectuar algunas consideraciones metodológicas.

Modificaciones permanentes de la personalidad surgen a partir de experiencias vitales traumáticas, ante situaciones catastróficas o por experiencias psicológicas que persisten a lo largo del tiempo. Estos cambios de la personalidad deben ser distinguidos de cuadros ansiosos, depresivos y de ajustes relacionados con experiencias vitales intensas, los que están habitualmente condicionados por una vulnerabilidad individual que facilita la aparición de tales reacciones ante eventos ambientales con un pronóstico, en general, benigno.

Los síntomas más frecuentes, observados en los cambios de personalidad permanentes vinculados con eventos situacionales, comprenden: aislamiento social, apatía, desespe-

ranza, hostilidad, hipersensibilidad, los que pueden estar acompañados por síntomas somáticos de diversa índole. Tal como se ha mencionado, persisten por períodos prolongados, alejándose de los criterios diagnósticos de un cuadro de stress postraumático, además de descartar eventuales factores somáticos subyacentes.

Estas modificaciones de la personalidad se deben, diferenciar de los cambios que ocurren en forma posterior o durante la evolución de trastornos psiquiátricos, tales como psicosis afectivas, esquizofrenia u otras que afectan a la personalidad del individuo en relación a su estado previo (Gundeson, J. Phillips, K., 1995). La personalidad premórbida en el caso de la esquizofrenia puede ser modificada, o bien, se acentúan sus rasgos preexistentes durante el curso de la enfermedad, por lo que estos pacientes experimentan una nueva forma de estar en el mundo. Tales situaciones están incorporadas en las categorías diagnósticas del CIE 10 e implican un cambio permanente en la personalidad que deben ser diferenciadas de aquellas en las cuales las variables orgánicas se constituyen en el factor de mayor relevancia para el individuo (F 62.1 y F 07.0) (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Por cambio orgánico de la personalidad se comprende una alteración persistente de la misma, ya sea en forma global o por medio de una acentuación de las características previas debido a un factor orgánico. Se muestran principalmente comprometidos la afectividad, los impulsos y el desempeño social con indemnidad de las funciones intelectuales, lo que lo diferencia de las demencias. Surgen síntomas tales como inestabilidad afectiva, irritabilidad, explosiones agresivas, beligerancia y deterioro en las relaciones interpersonales. Estos síntomas también están presentes en el curso de los procesos demenciales, con los que se debe efectuar un diagnóstico diferencial para asegurar el diagnóstico de "cambio orgánico de la personalidad".

El término orgánico empleado para describir estas condiciones clínicas debe ser analizado en relación a la terminología utilizada en las clasificaciones psiquiátricas.

Diversos intentos se han efectuado para determinar los agentes etiológicos involucrados en las enfermedades mentales. El término endógeno incorpora a entidades nosológicas, en la cual era factible postular una predisposición individual que implicaba una forma de ser persistente en el tiempo, donde los factores ambientales no eran los principales responsables en la evolución del cuadro clínico. Por otro lado, bajo el término psicogénesis se comprendió a trastornos mentales que surgen de experiencias biográficas que modificaban el desarrollo individual, cuya no resolución de los conflictos daba lugar a diversos cuadros clínicos, aspectos a los que hace referencia el psicoanálisis. Sin embargo, desde un modelo médico más estricto, se intentan identificar los factores somáticos u "orgánicos" que, de un modo causal, dan cuenta de la aparición de la sintomatología y de los factores etiológicos comprometidos en el cuadro clínico. Estas distintas aproximaciones en la búsqueda del factor causal, explicativo, descriptivo o dinámico en los desórdenes mentales sigue siendo hoy motivo de análisis y discusión, pues la realidad clínica muestra que en el sujeto que padece de una entidad nosológica psiquiátrica confluyen, en diversos grados, tanto factores somáticos, psicógenos y endógenos. De este modo, lo endógeno, psicógeno y orgánico representan aproximaciones que deben ser entendidas



a la luz de los actuales conocimientos y diferenciadas entre sí, en la medida que los futuros avances y nuevos conocimientos permitan dilucidar el rol que juegan cada una de estas concepciones en el cuadro clínico que presenta el paciente.

El término orgánico ha adquirido relevancia en la medida que identifica a factores reconocidos lesionales del sistema nervioso central, que pueden ser identificados en la mayoría de los casos con rigor científico, a menudo, debido a lesiones o por alteraciones funcionales del sistema nervioso.

Fue E. Bleuler quien extendió el concepto de orgánico para referirse a las psicosis y cuadros clínicos, donde la etiología se asocia a un compromiso del cerebro demostrable a través de medios biológicos. Posteriormente, Kurt Schneider denominó a estos cuadros psicosis de fundamento somático, para referirse a la intervención de etiologías corporales con causas conocidas y demostrables. De este modo, lo orgánico se configuró como cuadros clínicos en los cuales existen constataciones somáticas que muestran una cronología paralela, tanto en su origen como en la evolución entre el trastorno psíquico y el somático, y donde se encuentran habitualmente lesiones del sistema nervioso central.

De modo semejante, estos conceptos pueden ser extrapolados para los trastornos de personalidad que, aunque en sí mismos e históricamente no se incluyeron bajo el término orgánico, pueden ser influidos por etiologías orgánicas que modifican la personalidad, en las que destacan las vinculadas a enfermedades médicas que afectan al sistema nervioso central.

Diversas observaciones antiguas describen cambios en la personalidad en sujetos que experimentaban lesiones en el sistema nervioso central. Estas modificaciones consistían en cambios bruscos o bien exageraciones de los rasgos de personalidad previos mediante una modificación paulatina en su personalidad. Al evaluar tanto neurológicamente como por medio de imágenes a estos pacientes, se encuentran lesiones focales o daño orgánico cerebral difuso que compromete a diversas estructuras cerebrales. Casos particulares lo constituyen las alteraciones de la personalidad asociadas a una etiología orgánica, pero sin presentar cambios morfológicos o sintomatología neurológica asociada. Esta situación también da origen a sintomatología psiquiátrica sugerente de organicidad junto a modificaciones de la personalidad.

Cambios de la personalidad pueden observarse con funciones mentales intactas tal como ocurre en afecciones del lóbulo frontal y temporal. Algunas lesiones del S.N.C. no determinan cambios neurológicos específicos, pero provocan sintomatología psiquiátrica con modificaciones en el comportamiento, tal como sucede con la sintomatología observada en formas iniciales de tumores cerebrales o en lesiones del lóbulo frontal.

Posiblemente, el más antiguo informe documentado con un estudio clínico sobre cambios en la personalidad data de 1835, cuando un adolescente de 16 años se disparó con arma de fuego en la cabeza provocándose una lesión en el lóbulo frontal y ceguera. Se mostró indiferente ante su ceguera, con buen humor, viveza y alegría desmesurada ante

las dificultades evidentes. Desde entonces, la literatura recoge variados cambios en la personalidad especialmente en relación a traumas cerebrales producto de heridas, intentos de suicidio, etc., donde las profundas modificaciones de la personalidad se mantienen por años, a menudo por toda la vida.

Kleist, efectuó importantes observaciones sobre estas patologías, especialmente en lesiones en las regiones cerebrales orbitarias, donde los pacientes mostraban un comportamiento eufórico, mientras que lesiones en la porción superior del lóbulo frontal (convexidad) se asociaban a falta de iniciativa psíquica y motora, junto a un empobrecimiento del pensamiento (Blumer, D., 1978).

El término "moria", aún utilizado en forma ocasional en la actualidad, fue empleado por Jastrowitz para designar puerilidad y exaltación de los afectos en sujetos con lesiones del lóbulo frontal, descripción que proviene del año 1888.

De este modo, históricamente fueron las lesiones del lóbulo frontal las primeras regiones cerebrales relacionadas con modificaciones en la conducta y en la personalidad. Existía por un lado apatía e indiferencia, depresión, disminución del rendimiento intelectual, incontinencia de esfínteres o bien, por el contrario, exaltación, euforia, irritabilidad, puerilidad y acentuado egoísmo en sujetos que experimentan lesiones en distintas zonas del lóbulo frontal. Estas alteraciones también se observaron en procedimientos quirúrgicos como las lobotomías, que daban origen a conductas desinhibidas, estados maniacales o bien lentitud e inhibición psicomotora con reacciones emocionales inapropiadas (Blumer, D., 1978).

Otro autor de relevancia en estos temas es Kurt Goldstein (1975), quien señala que conjuntamente a los procesos patológicos que afectan al cerebro se van a observar profundos cambios en la conducta, que es la forma como se exteriorizan las modificaciones de la personalidad. Junto a ellas, se encuentra un deterioro de la capacidad abstracta, asociado a reacciones catastróficas ante requerimientos ambientales que previamente el sujeto podía efectuar sin problemas, junto a ansiedad para enfrentar nuevas situaciones. Un aspecto mencionado por Goldstein en la década de los 50, es la irrupción de mecanismos protectores de la personalidad ante las injurias en el cerebro. Los sujetos se retraen, permanecen solos, organizan su vida de manera concreta, donde cada artículo posee un lugar determinado y las actividades se efectúan en un orden regulado, lo que es defendido por los pacientes en forma fanática para que nada interrumpa el orden establecido. Sólo hacen aquello para lo que están capacitados, no efectuando labores nuevas que interrumpan las costumbres habituales. Cuando este orden es interrumpido, aparecen conductas catastróficas, con marcada ansiedad o cuadros depresivos. El paciente no toma plena conciencia de estos mecanismos protectores, que surgen con naturalidad ante la patología orgánica que lo afecta.

En el presente capítulo abarcaremos diversas entidades que experimentan cambios en la personalidad debido a un factor orgánico, tanto en los denominados "cambios orgánicos de la personalidad" como también desórdenes de la personalidad relacionados con las demencias. El Cuadro N° 1 señala las situaciones clínicas más frecuentes.

CUADRO N° 1 • Principales cuadros clínicos relacionados con cambios de la personalidad

Síndrome del lóbulo frontal
Tumores cerebrales
Demencias
Traumatismo encéfalo craneano
Epilepsia
Esclerosis múltiple
Desórdenes endocrinos
Intoxicaciones por plomo, manganeso
Neurosifilis
S.I.D.A.
Cirugía cerebral: Lobotomías

## Cambios de la personalidad asociados al lóbulo frontal

Estos cambios dependen del área frontal afectada. Si el compromiso es de la convexidad frontal, se observa apatía, lentitud psicomotora, indiferencia. Los pacientes tienen dificultades para iniciar actividades o persistir en sus tareas, con compromiso de la atención y mantención del interés en las actividades. Estas modificaciones suelen confundirse con episodios depresivos, ya que muestran falta de espontaneidad, retraimiento social y falta de interés, aspectos que –semiológicamente– deben ser diferenciados de las depresiones mayores, tomando en consideración la mejor respuesta al tratamiento farmacológico de estas últimas y mejor pronóstico.

El compromiso en la zona orbital inferior se relaciona con cambios de la personalidad consistentes en euforia, hiperactividad, irritabilidad, deshinibición social y comportamiento pseudo psicopático. Los pacientes muestran escasa capacidad de juicio para comprender estos cambios, lo que dificulta su nivel de adaptabilidad al medio.

Se ha descrito una tercera forma de afección del lóbulo frontal, el compromiso de las regiones anteriores cinguladas, que da origen a un síndrome que consiste en akinesia y mutismo con falta de espontaneidad y respuesta a los requerimientos del ambiente (Price, T., 1997).

Estas observaciones ya estaban presentes en el siglo XIX, cuando se describían sujetos “con escaso control de sus impulsos, episodios de rabia y explosiones emocionales intensas, lenguaje grosero y pérdida de las distancias sociales”, a pesar de que las funciones cognitivas, sensoriales y motoras se encontraban escasamente afectadas. Posteriormente, con el avance en las técnicas diagnósticas, estas conductas agresivas y psicopáticas fueron correlacionadas con zonas orbitofrontales (Brower, Mc., Price, B., 2001).

## Personalidad y tumores cerebrales

---

Tumores cerebrales de diversas localizaciones dan origen a cambios en la personalidad. Los tumores cerebrales se manifiestan por sintomatología neurológica en el gran porcentaje de los casos. Sin embargo, se observan diversos cuadros psiquiátricos en relación a esta patología, en los que destacan depresiones, apatía, agitación psicomotora, episodios psicóticos y síndromes de alteración de la conciencia, síntomas que también acompañan al aumento en la presión intracraneal que provoca el tumor. La sintomatología psiquiátrica no muestra una estricta relación con la ubicación del tumor intracraneal, aunque tiende a ser semejante en tumores localizados en determinadas regiones cerebrales. La sintomatología psiquiátrica depende de la extensión del tumor, del aumento de la presión intracraneal y de la velocidad de crecimiento de éste. Este último factor influye particularmente en los cambios de personalidad, encontrándose estas modificaciones en mayor proporción en aquellos tumores cerebrales de crecimiento lento. Por el contrario, los tumores de rápido crecimiento se asocian más bien a episodios de agitación psicomotora, cuadros psicóticos y alteraciones cognitivas. Cabe destacar que, aunque es menos frecuente, estos cambios en la personalidad pueden observarse en tumores pequeños, siendo estas manifestaciones las únicas durante un periodo previo a la aparición de los síntomas neurológicos. Estas modificaciones de la personalidad no sólo se deben diferenciar de cuadros depresivos, sino que ambas situaciones pueden coexistir, lo que debe ser resuelto mediante un adecuado diagnóstico diferencial.

Los mayores cambios conductuales y de personalidad se observan en tumores del lóbulo frontal. Irritabilidad, cambios emocionales, apatía, indiferencia, retardo psicomotor y mutismo, son síntomas característicos de las modificaciones en la personalidad que permanecen por periodos prolongados. Cuadros de desinhibición con conductas impulsivas, irresponsabilidad, desviaciones sexuales también acompañan a los tumores del lóbulo frontal.

Las formas clínicas pueden ser las previamente detalladas en el párrafo concerniente a las alteraciones de la personalidad, observadas en lesiones del lóbulo frontal; aunque en el caso de los tumores cerebrales los sujetos presentan variaciones de los síntomas, ya que la localización de estos tumores abarca a zonas, a menudo, yuxtapuestas, dando origen a cuadros clínicos con la presencia de variados síntomas combinados entre sí (Price, T., 1997).

Tumores del lóbulo temporal se asocian a modificaciones de la personalidad. En estas localizaciones son más frecuentes la intensificación de los rasgos de personalidad previos, además de la presencia de cuadros psiquiátricos que acompañan a estos tumores, como síndromes esquizomorfos, frecuentes en tumores asociados a crisis epilépticas. Síntomas afectivos como manías o depresiones también son frecuentes en tumores del área temporal. Los cambios de personalidad son frecuentes, con cifras del 50% (Price, T., 1997) y pueden ser los primeros síntomas en presentarse. Estos cambios consisten en comportamientos infantiles, tendencia a contar chistes y desajustes conductuales semejantes a los observados en la patología del lóbulo frontal. Irritabilidad, junto a suspicacia e ideas paranoides son frecuentes de observar en estos tumores (Lishman, W., 1978).

Los tumores del lóbulo parietal provocan menores modificaciones conductuales y cambios en la personalidad del sujeto. Los cuadros afectivos son menos frecuentes y habitualmente transitorios. Del mismo modo, los tumores del lóbulo occipital se expresan menos frecuentemente por sintomatología psiquiátrica y cambios en la personalidad. Los tumores del diencefalo (tálamo, hipotálamo) y los de hipófisis poseen también menor influencia en modificaciones de la personalidad, y se relacionan más bien con cuadros afectivos o episodios psicóticos.

De este modo, las modificaciones de la personalidad pueden ser expresiones de un tumor cerebral, especialmente cuando se observan en un individuo con cambios conductuales como apatía o, por el contrario, expansión y desinhibición, síntomas relacionados con tumores cuya característica más relevante es su lento crecimiento.

## **Personalidad y demencias**

---

Diversas entidades que llevan a la demencia se relacionan con cambios en la personalidad junto a otros síntomas psiquiátricos.

Los cambios de la personalidad relacionados con las demencias pueden surgir en forma rápida, como los observados en las secuelas de traumatismos encéfalo craneanos, o bien lentamente, como en la enfermedad de Alzheimer. En las evoluciones lentas, los síntomas iniciales suelen ser leves y, a menudo, pasan inadvertidos, con una ligera disminución de la actividad mental, iniciativa y espontaneidad. En la medida en que el cuadro demencial progresa se hacen más evidentes los cambios que afectarán al individuo en su totalidad, pues frecuentemente se alteran tanto el pensamiento, la afectividad y se hacen presentes desajustes conductuales.

La corporalidad y la personalidad del sujeto se verán afectadas, mostrando un aspecto desgarbado, enflaquecido, con acentuación de los rasgos físicos, dando la impresión de un envejecimiento prematuro. La personalidad sufrirá modificaciones con acentuación de los rasgos previos, tornándose rígidos o más prominentes, lo que implica una relación dificultosa con el entorno, donde los rasgos histriónicos, dependientes, narcisistas, paranoides, etc., sufren una exacerbación a lo largo del tiempo.

Irrupción de importantes desajustes asociados a perversiones sexuales, impulsividad, conductas antisociales son frecuentes en sujetos dementes, representando un claro cambio con respecto a las conductas sociales recatadas y ajustadas que presentaba previamente (Ivanovic-Zuvic, F. 2000). Las diferentes entidades que llevan a la demencia poseen características específicas para cada una de ellas. Describiremos las principales modificaciones de la personalidad en las etiologías más frecuentes de demencia.

## **Alzheimer**

Las alteraciones de la personalidad que se observan en esta demencia consisten generalmente en conductas pasivas, con disminución de la respuesta afectiva, pérdida de la iniciativa y del entusiasmo. Existe disminución en la calidad de los afectos, con mayor rigidez de estos, lo que lleva a que el sujeto tienda a apartarse y distancie su relación con los otros. Estas modificaciones son permanentes y cursan en forma paulatina con acentuación progresiva a lo largo del tiempo. Los primeros cambios pueden pasar desapercibidos y, en algunos casos, confundirse con los del envejecimiento normal, pero su mayor intensidad sugiere el comienzo de esta enfermedad. Estas modificaciones en la personalidad suelen ocurrir previo a la aparición de otros síntomas propios de esta demencia cortical. Cuadros pseudo depresivos pueden encubrir los cambios más radicales en la personalidad del sujeto y pasar inadvertidos. Aunque menos frecuentemente, se observan en este tipo de demencia, comportamientos extraños con desinhibición social y de los afectos.

## **Demencias frontotemporales**

En estas demencias, las alteraciones de la personalidad afectan principalmente a la conducta, siendo frecuente el comportamiento social vulgar e inadecuado. Conductas exhibicionistas, irritabilidad, desinhibición sexual, agresividad, tendencia a vagabundear e impulsividad son frecuentes en este tipo de demencias, modificaciones que se mantienen a lo largo de la enfermedad.

## **Huntington**

Esta forma de demencia se asocia frecuentemente a sintomatología psiquiátrica, constituyéndose en un cuadro clínico donde estas alteraciones son un elemento característico de la enfermedad, ocupando un lugar destacado en la sintomatología.

Las modificaciones en la personalidad habitualmente anteceden a otros síntomas como el corea y los déficits cognitivos. La apatía, irritabilidad, labilidad emocional, impulsividad, agresividad, promiscuidad sexual asociada a conductas voyeristas, pedofilia y rasgos antisociales son comunes en este tipo de demencia. Más tardíamente surgen la apatía, abulia o bien cuadros depresivos, con un alto índice de intentos de suicidio. Estas conductas anómalas son de relevancia en la enfermedad de Huntington y constituyen un elemento diagnóstico diferencial importante con respecto a otras demencias.

## **Demencias vasculares**

Cambios en la personalidad son comunes en estas demencias. Los más frecuentes son abulia, apatía, falta de espontaneidad, donde los afectos tienden a estar más conservados que en otras formas de demencia. Estos síntomas se suman a las alteraciones de la

memoria, síntomas neurológicos focales como afasias, apraxias, agnosias, que evolucionan mediante episodios de agravamiento, seguidos de recuperaciones parciales y periodos de estancamiento, para luego presentar nuevos episodios de alteración funcional en forma progresiva hacia estados mayores de demencia.

## **Personalidad y traumatismo encéfalo craneano**

---

El T.E.C. (Traumatismo Encéfalo Craneano) además de los déficit cognitivos, puede asociarse a diversos cuadros clínicos, destacando los desórdenes de ansiedad, cuadros depresivos, episodios psicóticos, apatía y también cambios en la personalidad del sujeto. Una de las más frecuentes complicaciones es la aparición de un síndrome de descontrol, con variaciones emocionales bruscas, cambios en el comportamiento con marcada impulsividad como complicaciones tanto del daño cerebral difuso como localizado (Rao,V.,Lyketsos,C.,2000).

Lesiones post T.E.C. que afectan a regiones ventromediales prefrontales se relacionan con disminución del juicio, alteraciones en la relación con los otros, afectos inapropiados, intolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad emocional (Barrash,J., y cols.,2000).

Diversos estudios muestran que las secuelas post T.E.C. dejan consecuencias importantes en las conductas, las que representan una de las complicaciones más preocupantes para los familiares del paciente. El paciente a menudo no toma plena conciencia de estas modificaciones, las que varían desde leves giros hasta importantes cambios en la relación con su entorno. La forma habitual de presentación consiste en una acentuación de los rasgos de personalidad previos. Los factores psicológicos y respuestas emocionales ante el T.E.C. modifican estas formas de presentación, especialmente cuando el daño orgánico es de menor intensidad.

Estos cambios ocurren con o sin daño cerebral. Cuando el daño abarca las zonas frontales se observarán las características clínicas relacionadas con esta patología. Al existir daño cerebral es factible la aparición de conductas agresivas, aun ante estímulos ambientales leves que dan lugar a respuestas agresivas desproporcionadas. El consumo de alcohol lleva a conductas denominadas "crisis de ingesta patológica" donde cantidades menores de alcohol dan lugar a importantes episodios de agresividad y conductas impulsivas.

En sujetos con menor daño orgánico se observa incremento de los rasgos previos, ansiedad generalizada permanente, síntomas depresivos fluctuantes, elementos obsesivos que, en algunos casos, dominan el cuadro clínico e irritabilidad permanente. Estos síntomas están presentes inmediatamente luego del traumatismo, pero pueden ser permanentes, dando lugar a una nueva forma de interactuar del individuo con su entorno (Lishman,W.,1978).

## Epilepsia y personalidad

---

Las características de personalidad de los epilépticos es un tema controvertido en la actualidad. Tradicionalmente se la relacionaba con el tipo de personalidad enérgico, caracterizado por un enlentecimiento mental y corporal, junto a una marcada pegajosidad que se muestra en las relaciones interpersonales, donde el epiléptico tiende a permanecer estrechamente vinculado con el otro. Toman un tiempo prolongado para dar respuestas adecuadas, son incapaces de manejar varios conceptos en forma simultánea, reconocen los detalles, pero no distinguen los aspectos globales en una determinada situación. Muestran una imaginación restringida, con asociaciones difíciles y laboriosas, con una atención dirigida a lo circundante que se expresa con un discurso detallista y tortuoso. Mme. Minkowska describe como característica central del modo de ser epiléptico la adhesividad y viscosidad, en la cual el epiléptico no se desprende del interrogador, mencionando múltiples datos de escasa importancia. Los objetos y circunstancias quedan impregnados por estas largas explicaciones, detalles e intentos de ligarlos a las vivencias propias, sin distinguir lo esencial de lo accesorio. Este aspecto de mansedumbre se asocia a episodios de brusca expresión de las emociones, en algunos casos adquiriendo características violentas. Esta descripción corresponde a lo que tradicionalmente se denominó el carácter epiléptico, concepto estrechamente relacionado con la escuela constitucionalista. La constitución representa al conjunto de factores preformados desde el nacimiento y transmitidos en forma hereditaria, ligados a un fenotipo característico, en este caso al biotipo atlético, tal como se expone en los trabajos efectuados por Mauz, Minkowska, Kretschmer (Mauz,F.,1942; Kretschmer,E.,1947).

Posteriormente, y en la medida que las técnicas de laboratorio como el E.E.G. se perfeccionaron, la epilepsia del lóbulo temporal adquirió importancia describiendo a los epilépticos como sujetos preocupados por temas metafísicos, religiosos y morales. Presentaban además hipergrafía, es decir, la tendencia a escribir en forma exagerada y compulsiva, cuyos contenidos se caracterizaban por ser circunstanciales. Se encontraba falta del sentido del humor, sobriedad, irritabilidad, dependencia y preocupación acerca del destino religioso personal (Bear,D.,1977; Gerschwind,N.,1979; Téllez,A.,1974).

Sujetos portadores de crisis generalizadas como epilepsias juveniles mioclónicas muestran descontrol de los impulsos, inestabilidad emocional, egoísmo, irresponsabilidad y falta de consideración hacia los otros (Janz,D.,1969).

Epilépticos con focos del lóbulo frontal se relacionan con cambios en la personalidad consistentes en impulsividad, irritabilidad, agresividad y falta de control de los impulsos. Lesiones órbita frontales provocan respuestas emocionales inapropiadas, agresividad, alteraciones en el desempeño social, desinhibición e ideas confabulatorias (Ritaccio,A.,Devinsky,O.,2001).

El estado actual de esta controversia que intenta delimitar un tipo específico para la personalidad de los epilépticos, permite señalar que la mayoría de los epilépticos presentan los rasgos de personalidad descritos por los autores clásicos. Estudios efectuados por medio de test psicométricos no han logrado establecer diferencias entre epilépticos portadores de crisis generalizadas de aquellos con crisis focales (Alvarado,L.y cols.,1989;



Seeger, L., 1987). La personalidad enequética, que en un primer momento se relacionó con la epilepsia genuina, fue posteriormente vinculada al lóbulo temporal. La participación del lóbulo temporal, que marcó una etapa importante en los estudios sobre personalidad, no ha logrado establecer, en forma definitiva, la influencia de este tipo de crisis en la formación o en el cambio de personalidad observada en algunos epilépticos después de haber iniciado las crisis.

Por otro lado, se describen en la práctica clínica personalidades enequéticas en sujetos sin epilepsia, tal como sucede en parientes de epilépticos, o bien en sujetos sin crisis epilépticas, pero con alteraciones electroencefalográficas. También se encuentran personalidades enequéticas en sujetos con otras patologías neuropsiquiátricas, y más aún en individuos sin patologías.

Estas consideraciones indican que los rasgos de personalidad no son específicos para el epiléptico. Sin embargo, las observaciones clínicas enseñan que los individuos que padecen de desórdenes mentales tienden a agruparse en categorías diagnósticas delimitadas. La epilepsia no es una excepción a esta antigua observación, y es así como en la práctica clínica se comprueba que muchos epilépticos poseen las características de personalidad mencionadas, existiendo variaciones desde las descripciones clásicas del tipo enequético hasta sujetos en los cuales sólo se reconocen algunas de estas características.

Las dificultades metodológicas son de importancia en los estudios que intentan establecer un patrón específico para los epilépticos, ya sea como grupo o bien en determinados tipos de ataques. Hasta la fecha, las características de personalidad observadas en determinados tipos de ataques no están presentes en la totalidad de los pacientes que poseen este tipo de ictus, como también se las observa en epilépticos portadores de otros tipos de ataques. Los avances en técnicas diagnósticas han mostrado que sujetos portadores de ataques del lóbulo temporal comienzan éstas, en regiones cerebrales adyacentes, dificultando delimitar la zona comprometida. Por otro lado, aunque estas características de la personalidad pueden estar presentes previo al inicio de los ataques, se debe señalar que la mayoría de los autores concuerdan que éstas surgen luego de períodos prolongados de ataques, por lo que se puede hablar de un cambio en la personalidad en estos sujetos vinculado con las disfunciones neuronales o estructurales como consecuencia de la repetición de las descargas epilépticas.

Estas observaciones en epilépticos permiten plantear que la personalidad de un individuo no depende sólo de los factores ambientales biográficos o de la genética comprometida, sino que, la epilepsia misma, mediante la repetición a lo largo del tiempo de los fenómenos ictales da lugar a un cambio en la personalidad, constituyéndose en un factor "endógeno" o "internamente provocado". Esto lleva a una modificación en la forma de ser del sujeto. Esta particular característica de los epilépticos rebasa la habitual dicotomía entre lo genético y lo ambiental para plantear nuevas variables que intervienen en la génesis de las características de la personalidad.

