

De lo distónico a lo sintónico: Trastornos de la personalidad y continuum

El desglose de los trastornos de personalidad (TP) está multiplicando su importancia en las taxonomías psiquiátricas, lo cual es evidente desde el ya lejano DSM III que marcó un antes y un después en la consideración nosológica de los T.P. El reconocimiento actual ha convertido casi en un precepto su evaluación, en solitario o danzando en pareja con el diagnóstico del eje I. El malestar clínico está relacionado estrechamente con la forma en que el paciente tiene de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades, es decir con su personalidad. Contar con esta base nos capacita para entender mejor la dinámica y el procedimiento a través del cual se presentan los síntomas psicopatológicos.

Algunos autores consideran que las categorías actuales no comprenden los ámbitos de actuación importantes que se corresponden con la definición clásica de la personalidad considerada un patrón arraigado de rasgos cognitivos, emocionales y conductuales, resistentes al cambio, y que vienen determinados por una interacción constante entre biología y aprendizaje, y expresados bajo circunstancias particulares. Western (1), este inglés rompedor, es mentor principal de la controvertida herramienta diagnóstica SWAP-200 que permite agrupamientos de pacientes con TP, basándose en los rasgos psicológicos compartidos y la ampliación empírica de las categorías del eje II. Con este arma ofreció un modelo ligeramente diferenciado, arguyendo que las formulaciones de casos deben responder a tres cuestiones: 1) ¿qué desea y que teme la persona, y en que medida son estos deseos y temores conflictivos?, 2) ¿qué recursos cognitivos, afectivos y conductuales, puede extraer para cumplir las demandas internas y externas? y 3) ¿cómo se percibe y experimenta la persona a sí misma y a los otros, y cómo es capaz de mantener relaciones significativas y placenteras?. La personalidad así sería "normal y saludable" cuando se tiene la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, y existe una tendencia a adaptarse al ambiente social, efectiva y eficientemente, además de la sensación subjetiva de satisfacción y autosuficiencia y la capacidad de realizarse o de alcanzar sus potencialidades.

En cuanto a la anormalidad, lo que nos arrastraría hacia los T.P., sigue basándose en tres criterios básicos:

- 1. inflexibilidad para la adaptación (no ensaya respuestas nuevas ante problemas que no puede solucionar),*
- 2. tendencia a intensificar las dificultades preexistentes (porque genera círculos viciosos contraproducentes de los que no puede salir) y*
- 3. fragilidad ante la presión externa (por una estabilidad muy lábil, sin elasticidad).*

Todos estos factores inhiben la capacidad de la persona para afrontar las cuestiones vitales y funcionar de una manera autónoma y satisfactoria.

*Pero la normalidad y la anormalidad no son conceptos separados, si no muy relacionados, se extienden como **continuum**, no como categorías limitadas. Hay muchas interconexiones que implicarían distintas variables como el contexto, la educación, la situación evolutiva y/o biográfica. De hecho, podría considerarse que los T.P. incluidos en el DSM son variantes desadaptativas de rasgos comunes en la población general. En contraste, durante tiempo —y aun persiste de forma oficial— los criterios del eje II se fueron estrechando progresivamente y se perdió por el camino una gran parte de la riqueza y complejidad de los datos clínicos. Se constataron cuestiones*

clínicamente cruciales sobre las cogniciones, los sentimientos, los recursos para controlar las alteraciones, las habilidades que el individuo posee y las fortalezas psicológicas que permiten la adaptación. En este sentido podríamos recurrir al ejemplo del sujeto que a la exploración cumpliera perfectamente criterios de trastorno dependiente de la personalidad y que se ha "organizado" la vida de forma adaptativa y no llegaría a desarrollar psicopatología. También podría darse el caso inverso: un personaje presenta rasgos obsesivos a los que se ha adaptado y maneja sin problemas pero que sometido a una presión estresora (v.g. laboral o familiar) se instala en la patología obsesiva. Estamos ante una auténtica inestabilidad de los límites entre lo normal y lo patológico, siendo la heterogeneidad entre los pacientes con un mismo diagnóstico un hallazgo excesivamente común; no es baladí el que los clínicos sagaces hagan caso omiso de los famosos criterios y se centren en el "aquí-y-ahora" del momento exploratorio del sujeto que entrevistan.

La perspectiva categorial si no es remodelada como apuntan autores como Oldham (2) o el propio Western poco tiene que ver con los conocimientos obtenidos en el laboratorio o con la realidad clínica y que obvia al máximo los frecuentes diagnósticos múltiples del eje II, evitando así lo que ya apuntaba en esta publicación (3): el hecho casi vergonzante de que el "Trastorno de la personalidad no especificado" sea el diagnóstico más frecuente por cierto. Minimizar la comorbilidad tampoco estaría mal. En esta línea es sugerente la propuesta de la categoría de personalidad **disfórica**, una alteración asociada a sentimientos de incompetencia, vergüenza, culpa, depresión, ansiedad y temor al rechazo o el abandono y que podría solaparse con los actuales diagnósticos dependiente, de evitación e incluso límite, sin que ello presuponga prescindir de estas categorías.

Así pues, acojámonos al modelo dimensional; no solamente porque cubrirá un sesgo más amplio de los T.P., sino porque nos permitirá instalarnos en este continuo que es la patología de la personalidad, no como una dicotomía presente-ausente. En el comentario citado de "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace", el modelo alternativo sería el perfil dimensional de los trastornos categoriales. Aún resuenan los estudios de Ryder (4) en los que, navegando con los cinco remeros del "Big-Five", a saber, neuroticismo, extroversión, mentalidad abierta, afabilidad y responsabilidad, encontró concordancias con el T.P. depresivo. Buscar correlaciones entre dimensiones y categorías es una forma sólida, elegante y coherente que permite ubicar no solamente los rasgos de la personalidad alterada, sino que es esencial para el siempre complicado abordaje terapéutico.

LLEDÓ VICENTE

Clínica Lledó (CL). Castelló de la Plana

BALMA GÓMEZ-VICENTE

CL. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

- (1) Western D y Shedler J.: Revisión y evaluación del eje II: hacia una clasificación empírica y clínicamente útil de los trastornos de personalidad. Am J. Psychiatry (edición en español), 1999; 156: 2.
- (2) Oldham et al (ed): Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Elsevier Masson, 2007.
- (3) Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. "Notas dispersas" 2007; 84-85: 91, 92.
- (4) Ryder AG, Bagby RM, Schuller DR.: The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: a categorical problem with a dimensional solution. Harv Rev Psychiatry, 2002; 10: 337-352.