



# Los trastornos de personalidad. Reflexiones sobre la teoría y la relación clínica

Jose Figueira Lois

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Coto, Gijón. SESPA.

Pedro Marina González

Psiquiatra. Unidad Tratamiento Toxicomanías, Oviedo. SESPA.

## Resumen

Síntesis de las dificultades para la definición y clasificación de los trastornos de personalidad. Se reivindica el relato biográfico y la relación clínica, con su dimensión ética, como límite y base para el conocimiento psiquiátrico.

## Palabras clave

Trastornos de personalidad, clasificaciones psiquiátricas, relación clínica, bioética.

## Summary

On summarizing the difficulties to classify and clarify personality disorders, we allude to the biographic record and the clinical relationship, with its ethical dimension, as the real limit and foundation of the psychiatric knowledge.

## Key words

Personality Disorders, Psychiatric classifications, clinical relationship, bioethics.

“El antiguo relato se ha sustituido por la información, y ese cambio refleja el empobrecimiento progresivo de la experiencia; tanto la personal como la colectiva”

## I

### Los Trastornos de Personalidad.

#### 1 Introducción

El Dr. Berrios afirma que el único cambio realizado en el siglo XX en el estudio de los trastornos de personalidad es la introducción del método estadístico (clusters y análisis de componentes principales).

Es curioso que la definición de temperamento (cuya esencia sería la de estilo de conducta de fuerte base biológica) y la de trastorno de personalidad es muy similar. Así la C.I.E. 10 habla de: “modos de comportamientos, que tienden a ser persistentes; expresión de un estilo de vida y relación; que aparecen en general en estadios precoces del individuo, como resultado de factores constitucionales o de experiencias vividas”.

Deja un poco borrados dos aspectos fundamentales del concepto de Trastorno de Personalidad:

A/ Es un estilo de vinculación y de relación



social (de defensas personales, modos de afrontamiento y su desarrollo).

B/ Se basa en la existencia de una conducta socialmente desviada o incompetente.

A partir del estudio clásico de Eysenck (con las dimensiones de neuroticismo, extroversión y psicoticismo) se han desarrollado en la actualidad numerosos estudios de orientación biologicista: Gray (inhibición, impulsividad, lucha/fuga) o Cloninger (evitación de daño, búsqueda de novedad, dependencia de recompensa). También el desarrollo de modelos estadísticos (Big Five, Tyrer) o integradores (Millon).

El modelo Big Five se fundamenta en el análisis estadístico de dimensiones de personalidad extraídas del léxico común y que concuerdan en diferentes culturas (neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, agradabilidad, responsabilidad).

En general se centran en características temperamentales: emocionabilidad, actividad, sociabilidad e impulsividad, que son abstracciones, constructos teóricos y no conductas observables concretas. El interés de autores de hipotetizar unas correlaciones neurofisiológicas parece un tanto “impulsivo”.

## 2 Acerca de lo temperamental.

Parece comprobado que las valoraciones del temperamento tienen cierto valor predictivo de futuros trastornos de conducta o de cambios en contextos futuros.

A/ Se puede considerar también cierta heredabilidad de éste.

Romero y col. hablan de una influencia de las tendencias temperamentales en trastornos disociales, que ellos estiman en un 30%.

Curiosamente los estudios de temperamento están hechos en adultos. La heredabilidad de rasgos se ha observado más en adultos y sin embargo en los estudios de infancia se ha detectado poca correlación entre rasgos de infancia temprana-media y rasgos en la

infancia alta. Por tanto la heredabilidad sería baja. Hasta sería pensable que distintos genotipos den lugar a fenotipos similares.

B/ Otra hipótesis es que las conductas observadas sean **manifestaciones subclínicas** de trastornos psiquiátricos. Así pensaba la psiquiatría tradicional y Kretschmer y Schneider como pioneros acuñaron términos como esquizoide, esquizotípico, anancástico. No obstante los rasgos extremos de temperamento no llevan en un continuum a procesos psicopatológicos; así como tampoco es directa la relación entre psicopatología y rasgos previos de personalidad. Los efectos de los rasgos de temperamento parecen tener que ver más con su significado social.

C/ La dificultad a la hora de evaluar la **vulnerabilidad temperamental** es que los estudios incluyendo el impacto de los factores sociales son necesariamente longitudinales y es necesario siempre volver al terreno del estilo de vinculación y relación social. Lo que a su vez nos lleva, a estudiar el primer vínculo, desarrollo de defensas,...

Es complejo separar lo atribuible a variables temperamentales y lo atribuible a efectos del attachment (vínculo) y sus vicisitudes. En todo caso esto se estudia en la clínica, cuando se hace psicopatología y se maneja la relación terapéutica. En todo caso siempre de manera retrospectiva.

D/ Además un rasgo de personalidad puede ser estable en determinadas situaciones pero no en otras (por ej. manifestarse solo ante determinados estresantes) o el mismo rasgo puede cambiar en su expresión conductual a lo largo del desarrollo (paso de familia a la escuela) o puede cobrar otro significado si está asociado a otras conductas.

Es necesario tener en cuenta que observamos conductas que reciben influencias situacionales, sometidas a las **interacciones sociales**.

El niño es influido por las circunstancias y a la vez moldea el entorno (con sus características modifica también activamente el



medio y las respuestas de éste). En los estudios de la infancia el temperamento está asociado mas claramente a los trastornos emocionales por hechos vitales ( ej.: nacimiento de un hermano).

No es posible por tanto fundamentar el estudio ni clasificación de los T.P. exclusivamente en las dimensiones temperamentales ni en las variantes subclínicas de enfermedades psiquiátricas.

### 3 La Clasificación de los Trastornos de Personalidad

El estudio de los trastornos de personalidad en la nosología actual presenta problemas difíciles de salvar:

1. No sabemos qué magnitudes ni que manera de medirlas es mas apropiada para su clasificación: rasgos de personalidad, dimensiones psicológicas o agrupamiento por prototipos ideales.
2. Un rasgo de personalidad es diferente de un síntoma psiquiátrico, los rasgos tienden a ser egosintónicos e inconscientes; de hecho la ausencia de insight es un criterio diagnostico en varios tipos. De ahí que una clasificación categorial (con criterios operativos) de los trastornos de personalidad se muestre poco eficaz.
3. La introducción de los criterios operativos y la separación en 2 ejes (Eje I de la sintomatología y Eje II de los rasgos de personalidad) ha roto el desarrollo de la psiquiatría del XIX y XX sobre la personalidad y la relación enfermedad / persona.

A/ La clasificación de los T.P. de manera **categorial** basada en rasgos no se sostiene por:

- ◆ la pobre estabilidad y fiabilidad de los subtipos definidos.

- ◆ porque se sobreponen los criterios, los casos cumplen criterios para varios subtipos a la vez.

- ◆ porque se observa escasa correlación entre rasgos de personalidad y el amplio grupo de

personas con estructuras de personalidad que hacen síntomas a menudo muy cambiantes de tipo neurótico.

A la inversa, el diagnóstico de T. de personalidad previa en un trastorno psiquiátrico (eje I), si parece tener valor predictivo no tanto en la aparición de la clínica como en el sentido de evolución con mal pronóstico y escasa respuesta a las terapias.

B/ Los abordajes **dimensionales** reconocen la gradación sutil entre lo normal y lo anormal y son más aplicables a casos específicos complejos elaborando perfiles individuales. No obstante habría que ponerse de acuerdo en a/ cuáles y cuantas serian las dimensiones útiles, b/ donde poner el punto límite de la normalidad y c/ el significado de lo cuantificado (algunas dimensiones son negativas en su exceso, otras en su defecto, e incluso los extremos pueden ser virtuosos) Hay rasgos que no pueden ser evaluados dimensionalmente (por ej. Las expresiones subclínicas de patología) y simplemente se puede constatar su presencia o no. Finalmente el abordaje dimensional tendería a centrarse en grupos de perfiles, mas o menos homogéneos y estos acabarían adquiriendo naturaleza similar a la de constructo abstracto. Terminaríamos estudiando grupos de perfiles.

C/ Por ello hay quien defiende que son mejor un número pequeño de grupos amplios, que subcategorías con límites poco claros ( Ej.: cluster dramático: Anormalidad en el mantenimiento de relaciones sociales, distinto tipo del patrón esquizoide). O también se propone una clasificación basada en prototipos, es decir modelos teóricos que sirvan de patrones a través de los cuales pueda evaluarse a la gente real. El matiz estaría en el reconocimiento de la heterogeneidad y conservar parte del abordaje categorial y dimensional. La dificultad es, como en los modelos anteriores, la de definir prototipos útiles en la práctica. Además de implicar una habilidad en el manejo simultáneo de criterios, dimensiones,...



#### 4 Los ejes y la práctica (La relación clínica)

A/ Los trastornos psiquiátricos, (eje I) son más explorables con preguntas directas derivadas de los **criterios operativos diagnósticos**. Estos son concretos y objetivables (aunque ello en la práctica sea complejo o controvertible). El desarrollo de los criterios parte de la elaboración de instrumentos de evaluación: **cuestionarios, o entrevistas estructuradas** muy difundidos en la actualidad como método de investigación en nosología psiquiátrica. Para la clasificación de síntomas, (eje I) son útiles; pero como ya dijimos se comprueban menos eficaces para clasificar rasgos de personalidad. Estos tienden a ser inconscientes y egosintónicos; de hecho la ausencia de insight es un criterio diagnóstico en varios tipos.

- En la práctica se observa que existen muchos casos de problemas tratados que no entran en diagnósticos de Eje I, ni de eje II. Bien por presentar síntomas de escasa intensidad, o por tener que ver con dificultades personales (culpa crónica, dificultades en las relaciones de pareja o laborales,...) que no alcanzan el grado de T.P.

Un comentario aparte merece la existencia de mucha morbilidad que asociamos a los T.P.: suicidios, violencia, problemas matrimoniales, consumo médico,...

B/ La **observación clínica** ha sido el origen de la definición de los trastornos de personalidad y ésta se hace más basándose en la observación de la conducta del paciente en la consulta, en la observación de su interacción con otros y en el relato biográfico. Escuchando su narración especialmente en lo concerniente a sus interacciones personales. Esto, que es común a cualquier orientación teórica, presenta la dificultad de requerir experiencia y que cuando uno realiza las observaciones ya está inmerso en el juego relacional que el paciente recrea.

Efecto de la primacía de los instrumentos de investigación referidos (entrevistas estructuradas, encuestas), y de la propia clasificación que prima criterios categóricos,

es el empobrecimiento cada vez mayor de las observaciones clínicas.

C/ Otra diferencia importante es que el clínico **prioriza** a la hora de la valoración diagnóstica, estableciendo un juicio jerárquico. Ello explicaría la tendencia de los clínicos a dar un solo diagnóstico de T.P.; cuando los instrumentos de investigación dan una media de 3 a 6 diagnósticos por caso.

Podemos pensar que ante la complejidad de la evaluación de una personalidad, el clínico la aborda con una teoría (sea esta la que sea) que le permita salir del caos y negociar con el paciente un diagnóstico. Para ello es necesario un diálogo entre dos referentes culturales, entre dos sistemas; de hecho uno de los intentos de avances en la clasificación psiquiátrica es la introducción de otro nuevo eje de índole cultural. Esta negociación ocurre fundamentalmente porque el clínico tiene en la mente, a la hora de su práctica, algo que tiene que ver con **la ética: el Tratamiento**.

La incertidumbre del diagnóstico es una forma de duda científica, expresión clínica del método experimental que no está reñida con la firmeza necesaria para mantener el curso terapéutico. La decisión diagnóstica requiere el compromiso con un curso de acción.

La tendencia actual hacia la automatización del diagnóstico psiquiátrico, aplicando la probabilidad estadística hace mediocre el diagnóstico, empobrece el pensamiento psiquiátrico y expresa una retirada ante el compromiso terapéutico.

El diagnóstico tiene valor en cuanto sirve a una función de ayuda y por ello incluye: pensar en beneficio del enfermo, establecer una relación afectiva, responder a la pregunta que plantea su cuadro clínico (por qué no se siente bien o por qué continua mal) y prestarse a la planificación terapéutica.



## II

### Comentario desde la bioética.

#### Introducción

La Declaración de los Derechos del Hombre y del ciudadano, data de Agosto de 1789. Es el primer paso de la Revolución Francesa hacia la construcción de un estado moderno, basado en la **ley legitimada por el consenso social** y no en el autoritarismo. Sienta así nuevas bases para la relación entre los individuos y las instituciones sociales.

Posteriormente la Convención de la República Francesa en el año III (1795) reconoce: "la necesidad de crear escuelas de medicina diferentes a las antiguas facultades, sedes de saber esotérico y libresco. La nueva escuela ha de ser Templo de la Naturaleza donde se una la práctica y la manipulación a los preceptos teóricos. Abierta a todos; donde se ejerza la practica en el lecho de los enfermos y se enseñe el arte de curar."

Es el comienzo de un proceso de cambios institucionales y legislativos importantes. Los hospitales se transforman en lugares donde el médico se enfrenta a una experiencia teórica de clasificación y denominación de enfermedades, para la que debe formar un campo nosológico estructurado; sintetizar la verdad, oculta en la apariencia de síntomas confusos.

Esto altera la relación del enfermo con la enfermedad, pasando éste a ser un mero accidente de ésta y enfrenta al médico a una experiencia moral: "el hombre que sufre no deja de ser ciudadano".

Así la institucionalización de la clínica significa un cambio estructural esencial para la **coherencia científica de la medicina**, y de su **utilidad social**; a partir del momento en que los hospitales compensan al sistema por su interés para la ciencia. Determinando también la **política de la nueva organización médica**.

Asimismo estamos viviendo en las últimas décadas cambios en el sistema sanitario que tienen su origen en la Declaración Universal de los derechos humanos (1948) y la construcción del Estado de Bienestar.

Es importante recordarlo porque el valor de verdad de una ciencia no se mide únicamente por su estructura interna, por su coherencia y efectividad; sino también por la función que ésta desempeña en cada momento histórico concreto.

En psiquiatría la vinculación de los cambios institucionales y teóricos, con modelos éticos emergentes está expresada en las propias denominaciones: Psiquiatría Moral de Pinel; Psiquiatría comunitaria en el Welfare State; Reforma Psiquiátrica en España, etc.(Un tema de interés es el estudio de la influencia del reformismo, Concepción Arenal, en las instituciones psiquiátricas españolas).

El desarrollo del Estado de Bienestar en nuestro país, no solo coincidió con los procesos de reforma psiquiátrica de los 80 sino también con el amplio desarrollo de la medicina de familia y su modelo de asistencia centrada en la promoción de la salud. Los cambios que ello produjo son complejos para reflexionar aquí. Interesa hablar acerca de los que ello introdujo en la relación médico-paciente por su importancia para la práctica clínica (tratamiento) y sus relaciones con la teoría y la ética.

#### La relación clínica desde la bioética

La relación médico-paciente propia del siglo XIX era paternalista. En ella el médico manda y el paciente obedece. Hay sólo una ética, la del médico: de **beneficencia y no maleficencia**. El poder es del médico y el paciente es infantilizado; no sólo por su vulnerabilidad física, sino también desde el punto de vista moral, haciéndolo un incompetente moral (recuérdense las discusiones psiquiátrico-forenses sobre los psicópatas del



pasado siglo; origen del desarrollo de las teorías sobre los trastornos de personalidad).

Actualmente la relación clínica es más compleja y horizontal. Tomando el modelo de la economía, el sistema de salud tiene usuarios que partiendo del reconocimiento de los derechos humanos (a la integridad física, a la libertad de conciencia, a la propiedad) pasan a demandar en positivo el derecho a la asistencia sanitaria (**principio de justicia** que compete al Estado) y el derecho a la **Autonomía**, es decir, a un proceso de información suficiente para poder participar en la toma de decisión terapéutica según su sistema de valores y su proyecto vital. (Derecho de Consentimiento informado).

Es cierto que el poder del médico disminuye a favor de una relación más autónoma. Pero el fenómeno en la sociedad actual es de burocratización de ese poder, de manera que éste no reside ya en la persona del médico directamente, pero sí en la institución sanitaria. El poder de la Medicina, de la Estructura Sanitaria, es cada vez mayor en esta sociedad.

I/ **La relación clínica** es definible actualmente como una **relación sanitario–usuario**, en la que intervienen los sanitarios, los usuarios y terceras partes como familia, amigos, jueces... Es un encuentro entre dos desconocidos, en su comienzo, que establecen un proceso (por tanto no instantáneo) en forma de contrato de prestación de servicios (forma jurídica) para el estudio, toma de datos; acomodación y toma de decisiones.

Se produce en función de una necesidad, que en su caso más significativo es una enfermedad, pero abarca otras necesidades. Incluso los conceptos de salud y enfermedad que manejan el sanitario y el usuario pueden no ser plenamente coincidentes.

II/ En la idea de bienestar influye el sistema de valores de cada persona y su propio proyecto de vida. En el **concepto de salud** al menos son necesarios siempre dos niveles de análisis, uno relacionado con los hechos y otro con los valores.

La objetividad no es más que una sutil suma de subjetividades. No obstante la ética no ha de quedar en la subjetividad personal.

En la **medicina hospitalaria** el método es más claro: el de resolución de conflictos. A la hora de establecer un sistema de criterios objetivos y desarrollar el análisis el debate se mueve entre el recuerdo de los principios y la jerarquización de éstos (D. Gracia, 1992), la elaboración de una casuística que permita reunir máximas por consenso, o la atención al proceso de elaboración de soluciones creando los órganos oportunos.

Es necesario no obstante para su desarrollo:

1. Conocimientos y habilidades en ética médica.
2. Incluir en las historias clínicas los factores humanos significativos y los valores en juego, ya que la historia clínica es el elemento de partida para identificar conflictos y elaborar pautas de acción.
3. Reconocer la función de acompañamiento a la soledad del terapeuta que los órganos éticos cumplen.

La peculiaridad en **Salud Mental** igual que en medicina familiar, es que abordamos a personas en sus hábitos y actitudes. No se trata como en la ética hospitalaria de resolución de conflictos: hechos, principios y consecuencias de las actuaciones que decidamos. El proceso es más de educación, a largo plazo, dirigido a las actitudes que se intentan cambiar según hechos/ valores. Para ello es necesario conocer la biografía y los valores de la persona, así como su proyecto vital, por lo que es más útil un método basado en la narrativa, en la novela.

*Agradecemos al Dr. Francisco Javier Pérez Montoto por su estímulo para éste artículo y para la búsqueda de otros varios saberes.*



Contacto:

**José Filgueira Lois**, Psiquiatra, CC.S.M. Coto.  
C/ Avelino González Mallada s/n. 33204 Gijón.  
Tfno. 985366122.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Atienza, M.: *Juridificar la Bioética* Claves de Razón Practica, Abril 1996, Núm. 61: 2-15.
2. Berrios, G.: *The history of mental symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
3. Blackburn, R., On moral judgements and personality disorders, *Brit. J. Psychiat.* ( 1988 ), 153, 505–512.
4. Boladeras Cucurella, M.; *Bioética* Madrid, Ed. Síntesis, 1998.
5. Casey, P.R.; Tyrer, P.J.; Platt, S.: The relationship between social functioning and psychiatric symptomatology in primary care, *Soc. Psychiatry* ( 1985 ) 20, 5–9.
6. Desviat, M.: *Nuestra forma de ser*, Madrid, Ed. Temas de hoy, 1997.
7. Foucault, M.: *El nacimiento de la Clínica*, Madrid, Siglo XXI, 1978.
8. Gabbard, G. O.: Finding the Person in Personality Disorders, *The American Journal of Psychiatry*, (july 1997), 154:7, Editorial.
9. González de Rivera y Revuelta, J.L.: La ética del diagnóstico: aspectos clínicos, *Psiquis*, 1996; 17 (6): 263–278.
10. Gracia Guillén, D.: Métodos de análisis de Problemas éticos en la clínica humana, Separata de los *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid 1992, tomo 109, cuaderno segundo.
11. Gracia Guillén, D.: La relación Clínica, *Revista Clínica Española*, Junio 92, Vol. 191, Num. 2, pp. 61–63.
12. Gracia Guillén, D.: Principios y metodología de la bioética, *Labor Hospitalaria*, nº 229: 175–183.
13. Guimón, J.; Mezzich, J.E.; Berrios, G.E. *Diagnóstico en Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Salvat, 1988.
14. Mezzich, J. E.; An empirical prototypical Approach to the definition of psychiatric illnesses *British J. of Psychiatry* (1989), 154 (vol. 4), 42–46.
15. Rutter, M.; Temperament, Personality and Personality Disorder; *British Journal of Psychiatry* (1987), 150, 443–458.
16. Stern, J.; Murphy, M.; Bass, C.: Personality Disorders in patients with Somatisation Disorder. *Brit. J. Psychiat.* (1993), 163, 785–789.
17. Tyrer, P.; Alexander, J.: Clasificación de personalidad disorder, *Brit. J. Psychiat.* (1979), 135: 163–167.
18. Tyrer, P.; Casey, P.; Gall, J.; Relationship between Neurosis and Personality Disorder, *Brit. J. Psychiat.* (1983), 142: 404–408.
19. Tyrer, P. et al, The Nottingham Study of Neurotic Disorder. The effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years, *Brit. J. Psychiat.* (1993), 162: 219–226.
20. Tyrer, P.: Clasificación de las neurosis. Madrid, Ed. Diaz de Santos, 1992.
21. Westen, Drew; Divergences between Clinical and Research Methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II, *Am. J. Psychiatry* (July 1997) 154:7, 895–903.