

La personalidad en las enfermedades psiquiátricas.

*Elena Ibáñez Guerra**

Catedrático de la Ps. Personalidad
Univ. de Valencia

A modo de presentación

Deseo comenzar dando las gracias a todos ustedes, por estar hoy aquí y compartir conmigo este momento. También a la *Real Academia de Medicina* puesto que con este acto y con su nombramiento, del que realmente no me considero digna, me han permitido volver a mi seno materno a nivel profesional, la Facultad de Medicina. Mención especial merece la Ilustrísima Académica Profa. Leal no sólo por proponerme para este nombramiento, sino fundamentalmente por el profundo respeto académico y profesional que siento hacia ella, así como por el intenso cariño y amistad que le profeso.

Dice Alfred Adler que las debilidades en la infancia tienden a compensarse de alguna manera y, en mi caso, puede que tenga alguna razón ya que una operación de apendicitis a los 12 años motivó mi vocación hacia la medicina, no sé si para compensar el daño que me hicieron o para intentar conseguir que no se lo hicieran a otros, en cualquier caso desde muy pequeña quise ser médico. Años después cayó en mis manos, por casualidad, la obra de Freud «*Psicopatología de la Vida Cotidiana*» que despertó mi interés por la psicología, a la que consideraba un mundo apasionante; de todas formas fue una película de Alfred Hitchcock, «*Recuerda*», la que me descubrió el mundo inquietante y, a la vez, deslumbrante de la psiquiatría; de nuevo no sé si por mi enamoramiento platónico de Gregory Peck o porque realmente me apasionaba el descubrimiento científico, decidí ser psiquiatra, especialidad poco conocida aún en aquella época y que contó rápidamente con la oposición de mi familia.

A pesar de todos los pesares, en el año 1964, comienzo mi carrera de Medicina en la Universidad de Valladolid, donde figuras como los profesores Pedro Gómez Bosque o Benito Arranz me descubren un mundo nuevo, no sólo el de la anatomía sino también las interpretaciones cibernéticas de la misma; en 1966 me traslado, siguiendo los pasos del Prof. Seoane hoy mi marido, a la Universidad de Valencia donde encuentro que

había estudiado Ramón y Cajal, cuyas memorias habían sido y aún son hoy, uno de mis libros de cabecera. De mi tercer año de carrera recuerdo al Prof. Miguel Carmena, que sabiendo que yo era de Avilés y entonces una impenitente fumadora, optó por reconocerse con el sobrenombre cariñoso de «la fumadora de Avilés». Es uno de los recuerdos que aún perdura en mi memoria a pesar del paso del tiempo. En ese mismo año entro en contacto con el Prof. López-Piñero y las *Etimologías de S. Isidoro de Sevilla*, aunque mi mentor en historia fue el Prof. García-Ballester quién, viendo mi ilusión ingenua por la medicina, aconsejó a mis padres, en un escrito que aún conservo, que me dejaran quedar los veranos en Valencia como alumna interna de Patología Médica. Siendo yo “alumna de Valdés”, mis primeras guardias y visitas a sala las realicé bajo la tutela del Prof. Julio Marín, que desde ese momento se convirtió no sólo en mi profesor sino también en un amigo. En sexto de carrera conozco a la persona que, desde entonces y hasta su muerte prematura, ha sido mi maestro y amigo, el Prof. José María Morales Meseguer, no sólo un magnífico docente sino también una persona extraordinaria de la que se podía aprender todo, lo académico, lo profesional y lo personal. Su interés por la psicología y la aplicación de ésta a la psiquiatría son lo que ha permitido, desde mi punto de vista, el que hoy esté aquí entre ustedes y hablándoles del tema que les voy a hablar, ya que fue el Prof. Morales quién dirigió mi tesis de licenciatura sobre R.B. Cattell y su concepto y medida de la Ansiedad, como rasgo de la Personalidad.

Sería injusto, por mi parte, no reconocer otras influencias y ejemplos. Al finalizar mi carrera de Medicina quise hacer mis estudios de Psiquiatría y, para ello, me inscribí en la Escuela de Psiquiatría que dirigía en aquel entonces el Prof. Rojo. Fue ese un período de mi vida tanto de información como de formación; creo que en toda España no hubiese encontrado una formación más plural e impartida por profesionales de mayor nivel: el Prof. Demetrio Barcia era el responsable de nuestra formación histórica, el Prof. José Giner se encargaba de nuestra formación clínica y fenomenológica, el Prof. Morales, anteriormente citado, nos formaba en el intrincado mundo del Psicoanálisis y, por último, el Prof. Manuel Gómez-Beneyto nos introducía en un tema muy novedoso en aquellos días, la «Terapia de Conducta» denominada Reflexoterapia dentro de la escuela. Me van a permitir, a este respecto, realizar un pequeño excurso. Verán, por aquel entonces y debido sobre todo a los Profs. Morales y Seoane, rondaba yo con frecuencia la incipiente Facultad de Psicología, de la que ahora soy catedrático. En dicha Facultad se empezaba a hablar de la Terapia de Conducta a la que se criticaba, a raíz de la película “La Naranja Mecánica”, por considerarla una serie de técnicas derivadas del condicionamiento operante del psicólogo norteamericano B.Skinner y, por tanto, conservadora o «de derechas» porque

intentaban manipular al ser humano. En contraposición las mismas técnicas se consideraban, en la Escuela de Psiquiatría, derivadas de los principios del condicionamiento del ruso I.P.Pavlov y, por tanto, progresistas o «de izquierdas». Esa era la España de aquellos tiempos, todavía, a pesar de que ya estábamos en los divinos 70.

No puedo dejar de mencionar, a todos los profesores y compañeros de Psicología que han confiado en mí y me han apoyado hasta hacer posible que me encuentre aquí en estos momentos, especial mención quiero hacer de los profesores Pinillos, Trespalacios, Pelechano y Genovart, y como no, de la Profesora Garzón quien siempre estuvo ahí para lo bueno y para lo malo, como normalmente se dice. A todos ellos muchas gracias.

No quiero finalizar este breve recorrido sin recordar muy especialmente a mi padre, a quién le hubiera gustado estar hoy con todos Uds. Lástima que su reciente muerte le haya privado de poder disfrutar de este momento, le doy las gracias por todos los valores que me ha transmitido e indudablemente simbolizo en él a toda mi familia, madre y hermanos, ya que me han apoyado, en la distancia, a lo largo de todos estos años.

Por último, el Profesor Seoane no sólo ha sido y es el compañero con el que he vivido toda mi vida, sino que además es mi maestro favorito, así como un modelo personal y profesional al que escuchar y seguir, gracias a él puedo dirigirles las palabras que vienen a continuación.

La Personalidad en las Enfermedades Psiquiátricas

La Psiquiatría de la Personalidad

La psiquiatría es, al menos, una disciplina bicéfala; por un lado busca en la Biología los fundamentos biológicos de su existencia; por otro lado, mira a la Psicología para ver si le proporciona explicaciones causales para sus malestares. En este sentido la Personalidad puede servir de puente entre ambas ciencias y así fundamentar y explicar, al mismo tiempo, los problemas mentales que afectan a los humanos.

A pesar de que no existe una definición única del concepto de personalidad, casi se podría decir que hay tantas definiciones como investigadores existen en el campo, vamos a suponer que la Personalidad es el conjunto de características o atributos

internos relativamente estables a través del tiempo y consistentes a través de las situaciones. Así pues, consistencia y estabilidad junto a internalidad son tres notas definitorias del concepto de personalidad. Pero ¿de dónde procede dicho término?

No es este ni momento ni lugar para hacer una revisión histórica del concepto de Personalidad, pero sí queremos recordar que, desde la teoría humoral de Hipócrates a la teoría de los temperamentos de Galeno, la Medicina siempre contó con tres conceptos fundamentales que constituyen, en la actualidad, los pilares básicos en los que se sustenta la Personalidad. *Constitución* equivalente a hábito corporal y que, como luego veremos, fue retomada por Kretschmer no sólo para explicar las enfermedades mentales sino también para postular la existencia de un continuo entre normalidad/anormalidad; el *Temperamento*, entendido como química de las emociones y que constituye la base de los denominados hoy rasgos de personalidad, que nos recuerdan el carácter afectivo y volitivo de la misma; el *Carácter* visto como aquello que es peculiar a un individuo y que, por tanto, constituye lo más idiosincrásico y peculiar de su manera de ser y, por último, el Self o Conciencia de Sí mismo que, de alguna manera sería lo que convierte en único a un individuo, al mismo tiempo que le confiere identidad personal.

Partiendo de estas premisas, tenemos que la Personalidad es lo que hace que exista algo común entre todos los humanos, al mismo tiempo que nos permite encontrar diferencias entre nosotros y sentirnos únicos, tal y como postularon Henry Murray y Clyde Kluckhohn, en 1953.

Pero ¿cómo se relaciona la Personalidad con las Enfermedades Mentales? Hemos de tener en cuenta, en primer lugar, que ya Kraepelin en la primera edición de su *Psiquiatría Clínica* utilizaba el término, introducido a finales del XIX por Pritchard, de «insania moral» para lo que hoy denominaríamos personalidad psicopática o trastorno antisocial de la personalidad; posteriormente, en su edición de 1909, el mismo autor introduce una serie de estados psicopáticos entre los que encontramos los actuales inestables, egocéntricos, con falta de control de impulsos, etc. a los que él consideraba estadios intermedios de las grandes psicosis. La misma postura de Kraepelin respecto al continuo normal-anormal es seguida por Kretschmer, pero este autor va aún más lejos y basándose en los ejes vertical y horizontal del cuerpo crea su tipología, conocida por todos, del Pícnico, Atlético y Leptosomático, relacionando estos tipos con diferentes patologías y creando un continuo que va desde el esquizofrénico hasta el maniaco-depresivo, pasando por el esquizotímico que se correspondería al leptosomático y el ciclotímico que tendría su equivalente en el pícnico.

Es Karl Jaspers uno de los primeros en postular la diferencia entre desarrollos de la personalidad (cambios en la personalidad del individuo que son predecibles a partir de sus características previas) y procesos de enfermedad (formas de comportamiento nuevas que son impredecibles a partir de la conducta previa del sujeto). Es también Jaspers quién propone que las categorías de enfermedad deben ser discretas, mientras que las de proceso deben ser politéticas o de tipos ideales. Y desde ese momento, la Psicología de la Personalidad, por un lado, y las Personalidades anómalas, por el otro, deciden divorciarse.

De hecho, la tipología de Kretshmer es seguida por Sheldon en EE.UU., quién crítico con los tipos puros o ideales, plantea ya una primera tipología dimensional basada en las tres capas originales del embrión: endomorfia, mesomorfia y ectomorfia, según cuál de estas capas predomine en la madurez tendremos el tipo constitucional del sujeto, que será una mezcla de las características de las tres dimensiones. Paralelamente a ello, Sheldon también estableció tres dimensiones básicas del temperamento: el viscerotónico (equivalente al pícnico y con predominio del endomorfo), somatotónico (equivalente al atlético y con predominio del mesomorfo) y el cerebrotónico (equivalente al leptosomático y con predominio del ectomorfo)

En 1923 aparece el libro de Kurt Schenider *Personalidades Psicopáticas* en el que el autor, a pesar de que considera que la personalidad está constituida por el carácter y el temperamento (igual que haría G.W. Allport, posteriormente), plantea una clara diferenciación entre «Personalidades Anómalas» o anormales, que serían aquellas que se desvían de la media de la población normal en algunas características, y «Personalidades Psicopáticas» que serían claramente disfuncionales o desadaptativas y que, según la psiquiatría actual, englobaría tanto los trastornos de personalidad actuales como las formas menos graves del enfermar mental, las clásicamente conocidas como neurosis.

La problemática de la clasificación de los trastornos mentales y la polémica de si las clasificaciones de los trastornos de la personalidad deben ser categoriales o dimensionales preside toda la investigación actual sobre los trastornos de la Personalidad, sin que exista un claro acuerdo en un debate que, como se ha podido ver, lleva ya algo más de un siglo en el candelero.

La Psicología de la Personalidad

Mientras los Psiquiatras seguían buscando modos de clasificar sus patologías y las variantes de personalidad que en las mismas encontraban, los psicólogos comenzaban

a ver el campo de la Personalidad susceptible del mismo tipo de análisis al que previamente habían sometido a la inteligencia. El Análisis Factorial se convierte, así, en la herramienta princeps de sus investigaciones y el estudio de cuántos factores (dimensiones) eran necesarias para describir la personalidad dominó las páginas de las principales publicaciones psicológicas de la década de los cincuenta y de los sesenta. Dos autores ocupan el principal papel en este tipo de trabajos; Raymond B. Cattell, de procedencia británica, que efectúa sus investigaciones en EE.UU. y Hans J. Eysenck, de procedencia alemana, que lleva a cabo sus estudios en Inglaterra.

Cattell partiendo de la hipótesis léxica (todos los aspectos relevantes del funcionamiento personal están recogidos en el lenguaje), establecida previamente por Allport y OIdbert, analiza factorialmente resultados de auto-informes obtenidos a partir de pruebas objetivas (datos T), historias de vida (datos L) y datos de cuestionarios (datos Q), obteniendo 16 Factores de Primer Orden (el conocido 16PF) que reduce a cuatro Factores de Segundo Orden (Extroversión-Introversión; Ansiedad, Dureza, Independencia). En la actualidad distintas actualizaciones del cuestionario también incluyen como factores de segundo orden Excitabilidad, Socialización y Auto-Control (16 PF5)

Por otro lado, Eysenck partiendo de la teoría bi-dimensional del temperamento de Wundt (Intensidad y Rapidez de la Respuesta emocional) plantea, en 1957, su teoría bi-dimensional con dos tipos temperamentales: los Extravertidos-introvertidos caracterizados, principalmente, por la rapidez de la respuesta emocional y el Neuroticismo, centrado en la intensidad de la respuesta emocional. Diez años después, en su libro *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*, establece que el Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) sería la base de la extraversión, de tal modo que los introvertidos tendrían un nivel mayor de activación cortical o «arousal» que los extravertidos, mientras que los altos en neuroticismo tendrían una mayor reactividad simpática, del sistema nervioso autónomo. Las virulentas críticas que este autor realiza al psicoanálisis le llevan a adentrarse por el camino de la clínica y así descubre el descontento existente, entre los investigadores, por la falta de fiabilidad y validez del diagnóstico psiquiátrico. Se plantea, ya entonces, la realización de un diagnóstico dimensional basándose para ello en sus dos dimensiones. La utilización del análisis criterial le lleva a descubrir la existencia de dos continuos uno de normalidad-neurosis y otro de normalidad-psicosis, el descubrimiento de este último le supone la incorporación de una nueva dimensión el psicoticismo que será el leitmotiv de su obra de 1976. El sistema PEN con el que se conoce a su modelo desde entonces, significa que la valoración de la Personalidad de una persona puede hacerse atendiendo a tres dimensiones fundamentales: Psicoticismo, Extroversión-Introversión y Neuroticismo,

siendo el fundamento biológico de la dimensión de psicoticismo, según Eysenck, la existencia de unos niveles más altos de andrógenos; la falta de comprobación de dicha hipótesis llevo a que en la actualidad se hable de que la base de dicha dimensión podría ser un aumento de la dopamina cerebral asociada a una disminución de los niveles de serotonina.

Los trabajos de Eysenck y sus discípulos junto a los de Zuckerman sobre la *Búsqueda de Sensaciones*, sirven de base a Cloninger para plantear su modelo de carácter y temperamento. Según este autor existen cuatro dimensiones básicas del temperamento que serían Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de la Recompensa y Persistencia, estando las tres primeras relacionadas con la dopamina, la serotonina y la nor-adrenalina. Siendo las dimensiones del carácter autodirección, cooperatividad y auto-trascendencia.

Todos estas teorías han llevado a que hoy en día se considere que los rasgos de personalidad relacionados con la ansiedad, los miedos condicionados o la evitación del daño estén relacionados con la mayor reactividad de la amígdala y el sistema serotoninérgico incluso a niveles genéticos (genotipo HTR1A), mientras que la impulsividad, búsqueda de sensaciones, búsqueda de novedad o psicoticismo se relacione, principalmente, con el núcleo estriado y el sistema dopaminérgico, y aunque Cloninger ha relacionado la búsqueda de la recompensa con el sistema noradrenérgico, hoy en día se ha puesto de manifiesto por estudios de PET que los sistemas de recompensa y castigo parecen estar relacionados con los endocannabinoides (Hariri, 2009)

En la actualidad, y dejando al margen las bases biológicas de los rasgos de personalidad, se está imponiendo una visión de la estructura de la personalidad en cinco grandes Factores o Dimensiones, obtenidos tanto a partir de la hipótesis léxica (universalidad de términos para definir rasgos) como de estudios empíricos (creación de cuestionarios). Dichos factores son: Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad, Apertura y Responsabilidad, que, a su vez, se descomponen en seis facetas o subescalas. Los cinco grandes han demostrado una alta estabilidad temporal, aunque se aprecia un ligero descenso con la edad en neuroticismo, extraversión y apertura y un aumento, también ligero, en amabilidad y responsabilidad. Presentan asimismo una gran consistencia, y además han sido replicados en distintos idiomas tales como inglés, español, holandés, japonés, coreano, portugués, etc. Indudablemente también se alzan voces críticas hacia esta propuesta, desde quiénes manifiestan su escepticismo respecto a la existencia de unos universales léxicos, al menos en cuanto a la semántica de los mismos, hasta los que encuentran correlaciones entre algunas de

las facetas y los factores (por ej, calidez y asertividad pueden pertenecer tanto a extraversión como a amabilidad). En definitiva, algunos autores señalan que no existe una gran ventaja entre la estructura de los cinco grandes, tal y como la proponen Costa y McCrae y la visión de Eysenck con tres factores o la de Cattell con cuatro factores de segundo orden.

Así pues, hoy en día la estructura de la personalidad tiene claras las dimensiones de Neuroticismo-Estabilidad y Extraversión-Introversión, incluso podríamos admitir una tercera de Mente Dura-Mente Blanda con sus equivalentes de Psicoticismo y Apertura. Sin embargo, tanto Responsabilidad como Amabilidad están en entredicho, no sólo porque no aparecen en diversos estudios sino también por la falta de acuerdo entre los investigadores respecto a su significado.

En cualquier caso, los modelos dimensionales que acabamos de exponer mantienen una distinción meramente cuantitativa entre el funcionamiento normal y anormal de la personalidad, lo que les permite resolver algunos de los problemas de fiabilidad diagnóstica de los modelos categoriales de los Trastornos de Personalidad, al mismo tiempo que resolverían la alta co-morbilidad existente entre ese tipo de trastornos.

La Patología de la Personalidad

La OMS incluyó a las enfermedades mentales en su clasificación en su quinta revisión de 1938, en ella se hablaba de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y se incluían la deficiencia mental, la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y otros trastornos mentales. En revisiones sucesivas (CIE-6 y 7) tampoco se presentó una gran atención a este grupo de enfermedades. Sin embargo, a medida que los problemas mentales se fueron convirtiendo, a nivel internacional, en un problema de salud pública, la OMS desarrolla un programa para revisar y hacer una clasificación exhaustiva de los mismos, así en la CIE-8 las Enfermedades Mentales ya tiene un capítulo específico. No obstante los psiquiatras no están conformes con dicho sistema de clasificación, y aunque en la CIE-9 ya se habían incluido los trastornos de la infancia y los trastornos afectivos, el descontento permanece y aparecen graves dificultades entre los clínicos al intentar aplicar las distintas categorías diagnósticas. Los trastornos de Personalidad siguen siendo una categoría vaga, poco precisa y prácticamente desconocida en el ámbito psiquiátrico, que aún persiste en utilizar la gran división entre trastornos psicóticos (pérdida de contacto con la realidad) y trastornos neuróticos (donde el contacto con la realidad está preservado).

En EE.UU. aparecen los DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), sistemas diagnósticos creados bajo una supuesta agrupación de síntomas de tipo estadístico, el primero de los cuales se publica en 1952 y el segundo, una edición revisada del primero, en 1968. Ante esto la OMS decide hacer una revisión de la CIE-9 para crear un sistema multi-axial tipo DSM, y así tenemos la CIE-9MC (Modificación clínica). Sin embargo, cuando se va a intentar establecer una auténtica integración, entre ambos sistemas, va a ser en la CIE-10 y su correspondiente DSM-IV y sus distintas revisiones.

En 1992 la OMS publica la CIE-10 y en 1994 el APA publica el DSM-IV, existiendo prácticamente un acuerdo entre ambos sistemas; no obstante, en cuanto al problema que nos ocupa, existen grandes diferencias entre ellas que no es éste ni momento ni lugar para comentar. Sí decir que mientras que en el DSM se siguen manteniendo dos ejes, uno para las Enfermedades Mentales y otro para los Trastornos de la Personalidad, la CIE no realiza distinción alguna.

¿Por qué hablar de los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, si estamos hablando de la Personalidad? Pues porque precisamente en los nuevos sistemas de clasificación, fundamentalmente en el DSM-V que aparecerá en 2013, ya que en este caso la APA se adelantó a la OMS cuya CIE-11 no aparecerá hasta 2015, se produce un cambio en la definición de *Trastornos de Personalidad* y, por primera vez, se introduce el término Self; de este modo se considera que un trastorno de personalidad consiste en un deterioro en el funcionamiento personal (tanto del Self como de las relaciones interpersonales) y la presencia de rasgos patológicos de Personalidad? Asimismo, se define el deterioro del Self como alteraciones en la identidad o en la autodirección (ésta última categoría pertenece al sistema de Cloninger) y las alteraciones en las relaciones interpersonales como falta de empatía y/o intimidad. Este deterioro, tanto del Self como el Interpersonal, se evalúa en escala de 5 pasos (0-4) dependiendo del grado de deterioro, desde nada deteriorado hasta completamente alterado.

Por otra parte, se habla de dominios de rasgos (al igual que hacen McCrae y Costa para hablar de sus factores) y dichos dominios serían también, curiosamente, cinco: Afectividad Negativa (Teoría de Clark) Desapego o Retraimiento (Teorías Evolucionistas de la Personalidad) Antagonismo, Desinhibición vs. Compulsión (Zuckerman y su Búsqueda de Sensaciones) y Psicoticismo (Teoría de Eysenck). Cada uno de estos dominios agrupa distintos rasgos de personalidad que, desde mi punto de vista, son más categorías diagnósticas que auténticos rasgos, como por ejemplo la anhedonia en el caso del desapego o la grandiosidad en el caso del antagonismo.

Todo ello da lugar a seis tipos de *Trastornos de Personalidad*: Límite, Obsesivo-Compulsivo, Evitativo, Esquizotípico, Antisocial y Narcisista, quedando fuera, curiosamente, el Dependiente, el Paranoide, el Esquizoide y el Histriónico.

Todo parece indicar que en el DSM-V se ha tenido en cuenta, también, la teoría de Livesley sobre Personalidad. Este autor basándose en la afirmación de Allport (1937) de que «la personalidad no sólo es lo que *es*, sino también lo que *hace*», se centra en el concepto de adaptación evolutiva de Plutchik, para plantear que los trastornos de personalidad no sólo afectan a lo que la personalidad *es* (el self o propium), sino también a lo que *hace* (las relaciones Interpersonales) y considera que es la falta de tareas o procesos adecuados para la adaptación lo que da lugar a los *Trastornos de Personalidad*. Self y Relaciones Interpersonales que van a ser el primer criterio de clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-V.

No deja de ser curioso que a pesar de que los creadores del DSM-V pensaron en un sistema dimensional de rasgos, para su modelo, hayan caído al final en un híbrido dimensional-categorial. La razón quizá debamos encontrarlo en la mentalidad «patológica» de sus patrocinadores. Si hablamos de trastornos de la personalidad, no nos queda más remedio que recurrir a categorías diagnósticas, ya que resulta más cómodo hablar de criterios de inclusión y exclusión de casos, esto es, de características que atribuimos a las personas, entre otras razones porque es el clínico quién detecta si esas características están presentes o ausentes. Sin embargo, por muchas escalas que utilice, no deja de ser una hetero-evaluación, lo cual resulta gracioso cuando en el nuevo DSM se habla de Self (conciencia de uno mismo) ¿Cómo puede saber otra persona qué conciencia tengo de mí mismo? Todo sería más fácil si se hubieran limitado a las dimensiones de personalidad, pero el cambio en la definición, implicando a la identidad personal y al principio de unicidad, no sólo supone un desafío importante para los clínicos, sino también para los teóricos de la personalidad, que difícilmente estarán de acuerdo con las definiciones que de Self se utilizan en el DSM. Es cierto que cuando se habla de la Personalidad Borderline se han utilizado términos como *difusión de la identidad*, *falta de límites de la propia identidad*, etc. pero de ahí a pasar al concepto de self, con las graves dificultades teóricas que implica su definición, hay un gran abismo.

Son muchos los problemas teóricos y empíricos que tiene en la actualidad el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas, pero si dentro de ellas encuadramos a la personalidad, las dificultades se multiplican ¿Se puede hablar realmente de una Personalidad «anormal» o «patológica»? Más aún, ¿se puede explicar o tan siquiera describir, aunque sólo sea a nivel fenomenológico, una alteración de la conciencia de

uno mismo, por otro sujeto distinto al sí mismo? Las descripciones que, por ahora, nos ha proporcionado el DSM-V, tanto del Self como de las Relaciones Interpersonales son poco operativas y mucho nos tememos que su falta de utilidad clínica lleve a que poco a poco vayan desapareciendo los trastornos de personalidad como categoría diagnóstica.

Es cierto, como señalaban, Kraepelin, Jaspers, Schneider y otros muchos autores, que la forma característica y específica de ser de un individuo le puede ocasionar muchos problemas, no sólo con los demás sino también consigo mismo, pero ¿podemos convertir esto en un trastorno?

Desde nuestro punto de vista uno de los problemas fundamentales que tienen los sistemas de clasificación clínicos, tales como el DSM o la CIE o incluso el trabajo de Livesley o más clásicamente el de Freud, es que parten de un concepto patológico de personalidad para llegar a la personalidad normal, mientras que, por otro lado, la Psicología de la Personalidad parte de la normalidad de la vida cotidiana para llegar a lo anormal o patológico, es difícil, por tanto que la Psiquiatría y la Psicología de la Personalidad lleguen a encontrarse.

Por otro lado, y para terminar, las enfermedades mentales o psiquiátricas intentan tener, al igual que el resto de enfermedades, una propiedad vital; es decir, una etiología, un curso, un diagnóstico, una evolución, un pronóstico y un tratamiento, los Trastornos de Personalidad, tal y como estaban definidos en la Cie-10 y en el DSM-IV, eran inamovibles, su característica de estabilidad temporal y de consistencia les hacía aparecer realmente como inalterables, sin posibilidad de evolución y condenando al sujeto a «padecerlo» durante toda su vida, lo cual es mala cosa tanto para el médico como para el enfermo. Más aún, es evidente que los trastornos de personalidad tienen que ser necesariamente una enfermedad crónica ya que nuestra personalidad, lo queramos o no, nos acompañará durante toda nuestra vida.

Algunas Conclusiones

Comenzábamos este discurso diciendo que la Psiquiatría era una ciencia bicéfala, puesto que buscaba sus raíces tanto en lo biológico como en lo psicológico. También podríamos decir ahora, que la Personalidad es una cabeza de medusa, pues a pesar de que sigue siendo ella misma son muchas las ramas o perspectivas que podemos buscar en ella.

Hemos visto, por un lado, como los psiquiatras se centraban en el concepto de *Constitución* para buscar en el mismo las bases que les permitieran hacer un

diagnóstico de la Personalidad; los Tipos constitucionales que han tenido una gran tradición en psiquiatría, al mismo tiempo que han servido de entrada a los tipos psicológicos, tal y como los entendió Jung. Junto a ello, la psiquiatría, buscando las causas de la enfermedad mental, encontró en la personalidad uno de sus apoyos, ya que entendió que tal como eres, así enfermas. Sin embargo, pronto tropezó con todos los inconvenientes que tienen los diagnósticos intensionales, no existen tipos puros y, aún cuando pensemos en un diagnóstico politético basado en prototipos, difícilmente éste puede darnos la fiabilidad y validez que requiere el diagnóstico médico, lo que supuso un gran inconveniente para sus pretensiones de ser una ciencia médica igual que las otras ramas de la Medicina.

Por su parte los psicólogos, centrados más en la problemática del Temperamento, aplicaban a éste no sólo un estudio experimental, sino que además, utilizaban para ello las técnicas estadísticas que ya se habían utilizado para medir la Inteligencia. Su problema era determinar el número de dimensiones temperamentales necesarias y suficientes para poder establecer un diagnóstico extensional de la personalidad.

Modelos categoriales *versus* modelos dimensionales, Diagnóstico clínico *versus* diagnóstico estadístico y, en cierta medida, idiográfico *versus* nomotético, son problemas que aparecen continuamente cuando hablamos de la personalidad en las enfermedades psiquiátricas. Pero cuando este difícil y complejo problema se intenta solucionar, como se ha intentado desde el DSM-III en adelante y la CIE-10, nos damos cuenta de que es, hoy por hoy, inabarcable. Por un lado, porque la personalidad es algo más que constitución y temperamento; por otro lado, porque la personalidad, en tanto en cuanto es lo que hace que una persona sea, no puede trastornarse pues está presente en todo momento. Es decir, ¿carece de personalidad un esquizofrénico o una persona que tenga un cáncer? De ninguna manera, en ambos casos la personalidad está modulando su enfermedad y dándole un sentido específico. Asimismo la personalidad está presente en la evolución de la enfermedad y nos ayuda a predecir la eficacia o no de la medicación y de los distintos tratamientos. Así pues, sí la personalidad está presente en todo el proceso de enfermar, así como en la vida sana del individuo, ¿cómo van a existir los trastornos de la Personalidad?

Desde mi punto de vista o volvemos a los antiguos conceptos de «moralidad» para hablar de los problemas de personalidad o, más adecuado para los tiempos actuales, suprimimos dicha categoría diagnóstica, pues no podemos olvidar que no tenemos personalidad porque somos humanos sino que somos humanos porque tenemos personalidad.

