

5

Problemas en la clasificación de los trastornos de la personalidad

Clasificar los trastornos de la personalidad es problemático por varias razones. Una es cuantitativa: ¿Cuán intensa debe ser la perturbación para que requiera llamarse un trastorno? Otra es semántica: Una variedad de términos —neurosis del carácter, caracteres neuróticos, trastornos del carácter, perturbaciones de los rasgos de la personalidad, perturbaciones de los patrones de la personalidad, trastornos de la personalidad (el término que se utiliza en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III*, DSM-III)— se han aplicado a los mismos síndromes clínicos. Y detrás de estas diferencias semánticas asoman importantes puntos conceptuales, clínicos e ideológicos —por ejemplo, el deseo de eliminar el término *psico-neurosis* de un sistema de clasificación, según se declara en la introducción al DSM-III. La selección personal de la terminología puede así surgir de presunciones teóricas que se refieren a las determinantes de la organización de la personalidad. Por ejemplo, un marco de referencia psicodinámico más que conductista influirá fuertemente en los observadores al ordenar o agrupar los rasgos patológicos de la personalidad.

En la práctica clínica psiquiátrica los términos *carácter* y *personalidad* se han usado en forma intercambiable. Para el propósito de esta discusión estoy utilizando el término *trastornos de la personalidad* para referirme a constelaciones de rasgos del carácter anormales o patológicos, de intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos. Sin considerar los supuestos teóricos del psicoanálisis, los datos derivados del intercambio cercano con los pacientes proporcionan, según mi punto de vista, la evidencia clínica más fuerte disponible para su uso en conexión con cualquier esfuerzo por clasificar los trastornos de la personalidad. Este punto de vista está teóricamente en armonía con los criterios expresados por Spitzer en la introducción al DSM-III:

“No hay ningún postulado que diga que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales, así como a la ausencia de trastorno mental. . . . El enfoque tomado en el DSM-III es ateórico en cuanto a la etiología o al proceso patofisiológico excepto por aquellos trastornos para los cuales está bien establecida y por lo tanto incluida en la definición del trastorno.

. . . Este enfoque puede decirse que es ‘descriptivo’ en cuanto que las definiciones de los trastornos por lo general consisten en descripciones de los rasgos clínicos de los mismos. Estos rasgos o síntomas se describen desde el nivel más bajo de inferencia necesario para enumerar los síntomas característicos del trastorno. . . . Para algunos trastornos. . . particularmente los Trastornos de la Personalidad, es necesario un nivel de inferencia mucho más alto. Por ejemplo, uno de los criterios para el Trastorno límite de la Personalidad es ‘la perturbación de la identidad manifestada por la incertidumbre respecto a diversos temas en relación con la identidad, tales como la autoimagen, identidad sexual, objetivos a largo plazo, elección de carrera, pautas de amistad, valores y lealtades’” (págs. 6 y 7).

En otra parte, la introducción enumera los objetivos del DSM-III, como sigue:

- Utilidad clínica para instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diversas situaciones clínicas; fiabilidad de las categorías diagnósticas.
- Aceptación por los clínicos e investigadores de las diferentes orientaciones teóricas; utilidad para la formación de los profesionales de las ciencias de la salud.
- Mantener la compatibilidad con el ICD-9, excepto en aquellos casos en que las diferencias sean insalvables.
- Evitar la introducción de nueva terminología y de conceptos que rompan con la tradición, excepto en aquellos casos en que sea estrictamente necesario.
- Establecer un consenso sobre el significado de los términos diagnósticos utilizados de forma poco o nada apropiada y evitar el uso de términos que ya han perdido su utilidad.
- La validez de las categorías diagnósticas viene dada por su correspondencia por los datos generados por la investigación.
- Plasticidad para la descripción de los casos en los trabajos de investigación.
- Que se pueda contestar mientras dura la elaboración del DSM-III, a las críticas formuladas por los clínicos e investigadores (págs. 2 y 3).*

Desde un punto de vista clínico y de investigación, es importante que las constelaciones de rasgos patológicos del carácter descritos en cualquier clasificación de trastornos de la personalidad verdaderamente correspondan a experiencia clínica bien documentada. Si las implicaciones terapéuticas y pronósticas de diferentes trastornos de la personalidad se reflejaran en los criterios usados para diferenciarlas, las diferencias, si las hubiera, tendrían mucho más significado. Una clasificación que respetara las relaciones entre la estructura de la personalidad y la disposición para otros tipos de psicopatología, reforzaría las definiciones descriptivas, sin importar las diferencias teóricas sobre cómo conceptualizar dichas relaciones. Y en tanto más criterios coincidan para la justificación de cualquier constelación particular de rasgos patológicos del carácter, más razón para incluir ese tipo de trastorno

* ICD-9 es la clasificación actual internacional de las enfermedades, por la Organización Mundial de la Salud.

de la personalidad. Este sería un marco de referencia verdaderamente ateo-rico (si eso es lo que se desea en este momento).

Yo cuestiono seriamente una clasificación de trastornos de la personalidad basada en cualquier tipología simple, preconcebida, que exponga un diagrama teórico de dimensiones de los rasgos o síntomas y luego intente llenarlos con tipos clínicos potenciales. Cuestiono aún más seriamente las clasificaciones que corresponden con claridad sólo a un modelo particular de psicopatología, y los sistemas de clasificación más o menos idiosincráticos que no tienen una base amplia en psiquiatría clínica. Por último, cuestiono el agrupamiento de rasgos patológicos del carácter con base en preconcepciones no relacionadas con la psiquiatría clínica, y clasificaciones en las que hay un fuerte traslazo de diversos tipos de personalidad. En otras palabras, las categorías individuales o trastornos específicos de la personalidad deberían ser ampliamente representativos y poder diferenciarse entre sí. A continuación exploro la clasificación de trastornos de la personalidad en el DSM-III a la luz de estas consideraciones, con particular interés en la consistencia interna, la relevancia clínica y la correspondencia con los propios objetivos declarados en el DSM-III.

Para comenzar, el DSM-III ignora tipos de trastornos de la personalidad importantes y encontrados con frecuencia, en particular, las personalidades histérica y depresivo-masoquista. El DSM-III argumenta que el Trastorno Histriónico de la Personalidad corresponde a la personalidad histérica (pág. 314), punto señalado en otra parte por Spitzer y Williams (1980). Esta equivalencia, según mi punto de vista, es un error que refleja un intento por condensar el espectro completo de la patología del carácter que va desde la personalidad histérica per se hasta la histeroide (Easser y Lesser, 1965), infantil (Kernberg, 1975), o "Zetzel tipo IV" (Zetzel, 1968). Pasa por alto, así, las contribuciones clínicas importantes que han brindado diferenciaciones clarificadoras de este espectro. El DSM-III también supuestamente incluye la personalidad depresivo-masoquista con los "otros trastornos afectivos específicos", a saber, el Trastorno Ciclotímico o el Trastorno Distímico. El Trastorno Distímico es un término nuevo para la neurosis depresiva. El DSM-III, al referirse al trastorno ciclotímico y al distímico, declara, "otros términos para estos trastornos son Trastornos Ciclotímico y Depresivo de la Personalidad" (pág. 218). En mi opinión, confundir neurosis depresiva con personalidad depresiva e ignorar las características de la personalidad depresiva propia es un error. Pudiera también argumentarse que el término, recién acuñado de Trastorno de la Personalidad por Evitación, corresponde a la personalidad depresiva, pero es claro que no es así. Spitzer y Williams (1980), describen el Trastorno de la Personalidad por Evitación, como parte de lo que el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) llamó la Personalidad Esquizoide (junto con el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y el Trastorno Esquizoide de la Personalidad propio). Otras contradicciones pueden encontrarse entre las características supuestas del Trastorno de la Personalidad por Evitación, y la personalidad depresiva propia.

La personalidad histérica, particularmente el concepto moderno de ella, es un tipo con funcionamiento efectivo, mucho más diferenciado, que la personalidad infantil o histeroide. Esta última parece imitarla superficialmente,

pero en la personalidad infantil las distorsiones intrapsíquicas e interpersonales de las relaciones con el sí-mismo y los demás, son mucho más graves y omnipresentes. La literatura sobre la personalidad histérica es abundante (Abraham, 1920; Marmor, 1953; Chodoff y Lyons, 1958; Easser y Lesser, 1965; Shapiro, 1965; Blinder, 1966; Easser, 1966; Laughlin, 1967; Zetzel, 1968; Lazare, 1971; MacKinnon y Michels, 1971; Kernberg, 1975; Blacker y Tupin, 1977; y Krohn, 1978). Las dos últimas referencias subrayan los aspectos estructurales más que los psicodinámicos de la personalidad histérica, enriquece su descripción clínica y clarifican sus diferentes manifestaciones en hombres y mujeres.

Clínicamente, la personalidad histérica (al ser diferenciada de los tipos de personalidad más regresivos con los que se ha confundido en el pasado) surge como poseedora de calidez y labilidad emocional, una naturaleza histriónica pero controlada y socialmente adaptativa; propensión a crisis emocionales (pero una presencia de profundidad y estabilidad emocional aparte de estas crisis), y la capacidad para interacciones sociales apropiadas con excepción de relaciones objetales específicas que tienen implicaciones sexuales. En términos más generales, las personalidades histéricas presentan buena fortaleza del yo y muestran conducta infantil, regresiva, sólo en circunstancias que son real o simbólicamente sexuales. Son impulsivas, pero su impulsividad se restringe a estas interacciones sexuales o a ocasionales rabietas emocionales. Son esencialmente extrovertidas, en el sentido de ser vivas (comunicativas, bulliciosas) e involucradas con los demás. Tienden a la "dependencia aferrada" sólo en las relaciones sexuales, y sus necesidades exhibicionistas y de dependencia también tienen un componente sexual. Las personalidades histéricas desean ser amadas, ser el centro de atención y atracción, de nuevo, sólo en circunstancias con implicaciones sexuales. Las mujeres con personalidad histérica muestran una combinación de pseudohipersexualidad e inhibición sexual, que se refleja en la provocación sexual y frigidez y en intercambios sexuales que típicamente tienen "cualidades de triángulo" (como con hombres mayores o no disponibles, rechazo de los hombres disponibles) y que satisfacen necesidades masoquistas. La personalidad histérica es competitiva con ambos sexos y en el caso de mujeres, típicamente competitivas con otras mujeres a causa de los hombres. La competitividad con hombres contiene temores implícitos y conflictos por una inferioridad respecto a los hombres, consciente o inconscientemente asumida. Varios subtipos de un tipo de personalidad histérica "sumisa" o "competitiva" reflejan fijaciones caracterológicas de estos patrones masoquistas y competitivos. Lo que surge típicamente en el tratamiento, donde la conducta infantil regresiva adquiere con claridad funciones defensivas contra los aspectos más adultos de compromiso sexual, en un flirteo combinado con relaciones cálidas profundas con los demás, altamente diferenciadas.

En contraste, la personalidad infantil (con la que tendía a confundirse la personalidad histérica en el pasado) muestra una labilidad emocional difusa, relaciones indiferenciadas con los demás significantes y compromisos emocionales superficiales. En contraste con la extroversión socialmente apropiada de la personalidad histérica, la infantil se sobreidentifica con los demás y proyecta intenciones fantasiosas, no realistas, sobre ellos. Las per-

sonalidades infantiles tienen dificultades para entender con profundidad a los demás, así como a ellos mismos. Típicamente muestran el síndrome de difusión de identidad, y la naturaleza añorada, pegajosa, de todas sus relaciones contrasta con la madurez general de la personalidad histérica a este respecto.

Los rasgos de dependencia y exhibicionistas están menos sexualizados en la personalidad infantil que en la histérica, en el sentido de que la primera anhela una dependencia añorada en sí más que como una defensa contra compromisos sexuales más maduros. La personalidad infantil cruda e inapropiadamente utiliza conducta sexualizada para expresar necesidades exhibicionistas. Esta personalidad tiende a poseer menos inhibiciones sexuales y es promiscua con más frecuencia que la histérica. Hay menos rasgos represivos en la vida sexual de la personalidad infantil y más disociativos generalizados, como la alternancia de fantasías y compromisos sexuales contradictorios (expresados en una conducta sexual infantil polimorfa). En la patología de las relaciones interpersonales, hay menos diferenciación de relaciones objetales especificadas en la personalidad infantil que en la histérica, y el grado de perturbación en cualquier relación interpersonal particular es proporcional a la intensidad del compromiso o intimidad con la otra persona.

Esta diferenciación de las personalidades histérica e infantil tiene implicaciones terapéuticas y por lo tanto, de pronóstico. Corresponde a una larga historia de observaciones descriptivas y psicodinámicas así como a observaciones hechas fuera de su marco de referencia psicoanalítico. La descripción del Trastorno Histriónico de la Personalidad en el DSM-III muy claramente se relaciona con la personalidad infantil y no con la histérica. Por ejemplo, los pacientes histriónicos se describen como aquéllos que se aburren con rapidez con las rutinas normales, parecen superficiales y carentes de autenticidad y presentan amenazas manipuladoras de suicidio, sentimientos de despersonalización, y, durante un estrés extremo, síntomas psicóticos pasajeros de gravedad y duración no suficientes para requerir un diagnóstico adicional (DSM-III, págs. 313-14).

Para complicar más las cosas, el DSM-III describe el Trastorno Límite de la Personalidad como el que presenta síntomas similares a los de la Personalidad Histriónica. Ambas se describen como impulsivas o impredecibles, con patrones de relaciones interpersonales intensas e inestables, mostrando ira intensa e inapropiada, o falta de control de la ira e inestabilidad afectiva propensa a demostraciones e intentos suicidas, y con esfuerzos incesantes por atraer atención y reafirmación. En tanto que el DSM-III explícitamente describe el Trastorno Límite de la Personalidad como el que presenta una perturbación de identidad, las características de la Personalidad Histriónica en la práctica igualmente lo indican. Y ambos trastornos, Histriónico y Límite, se describen como propensos a desarrollar episodios psicóticos breves.

El diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad es, por lo tanto, equívoco, correspondiendo al polo más regresivo del espectro histérico-infantil. Con toda justicia, sin embargo, debiera señalarse que el DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) había olvidado también a la personalidad histérica en su tiempo, y que el DSM-II la "redescubrió". Queda, entonces, la esperanza de futuros redescubrimientos de este trastorno de la personalidad altamente prevaleciente.

Otra ausencia prominente del DSM-III es el trastorno depresivo-masoquista de la personalidad, citado con mas frecuencia como "personalidad masoquista" o, en literatura psicoanalítica, como "masoquista moral". La personalidad depresiva la mencionó Kraepelin (1904), Tramer (1931), y Schneider (1950) y describió Fenichel (1945b) y Laughlin (1967). Más descripciones clínicas las proporcionaron Gross (1974) y Kernberg (1975).

Antes de proseguir, sin embargo, debiera señalarse que las descripciones clínicas a las que se llega mediante la exploración psicoanalítica, con sus características eminentemente fenomenológicas, deben diferenciarse de las teorías etiológica, psicopatológica y psicodinámica del psicoanálisis. Deschar los síndromes clínicos predominantes porque fueron descubiertos, estudiados y descritos por psicoanalistas, no es una expresión de objetividad "ateórica" sino que puede revelar un prejuicio teórico contra el psicoanálisis. Frances y Cooper (1981), en una crítica relacionada sobre la separación artificial de los criterios descriptivo y dinámico en el DSM-III, declaran: "Algunas observaciones clínicas sobre el 'inconsciente dinámico' no son más inferenciales que las observaciones consideradas descriptivas en el DSM-III. . . . La tendencia del DSM-III a excluir las observaciones derivadas de un marco de referencia dinámico parece arbitraria e innecesariamente limitante" (pág. 1199).

Los pacientes con trastornos depresivo-masoquistas de la personalidad por lo general funcionan bastante bien, típicamente dentro del espectro de patología del carácter de "alto nivel" (en mi opinión, una organización de personalidad neurótica más que límite). Tienen una identidad del yo bien integrada, muestran manifestaciones no específicas de fortaleza del yo (buena tolerancia a la ansiedad y control de impulsos), y tienen una conciencia moral excesivamente cargada de culpa pero bien integrada. Son capaces de establecer relaciones objetales en profundo, bien diferenciadas.

Siguiendo la descripción de Laughlin (1967), pueden desglosarse los rasgos de carácter del trastorno depresivo-masoquista de la personalidad en tres categorías: (1) rasgos que reflejan un funcionamiento excesivamente severo del superyó; (2) otros que reflejan una sobredependencia del apoyo, amor y aceptación de los demás, y (3) los que reflejan dificultades en la expresión de la agresión. De muchos modos, las tres categorías tienen el "metabolismo" imperfecto de las necesidades de dependencia como punto predominante. Estos pacientes se sienten culpables a causa de una intensa ambivalencia hacia los objetos amados y necesarios, y se frustran con facilidad si sus anhelos de dependencia no se gratifican.

Los rasgos conspicuos del "superyó" de la personalidad depresivo-masoquista se reflejan en una tendencia a ser muy serios, responsables, y preocupados por el desempeño del trabajo y las responsabilidades. Hay un aspecto sombrío en todo esto, una sobreescrupulosidad. Estos pacientes por lo general no tienen mucho sentido del humor pero son sumamente confiables y seguros. La exploración psicológica revela su inclinación a juzgarse a sí mismos duramente y fijarse estándares muy altos. Estas personas por lo general consideradas, discretas y que demuestran interés, pueden también ser muy duras en su juicio de los demás. Bajo ciertas circunstancias, la crueldad de su superyó puede dirigirse hacia otros bajo la forma de "indignación justificada".

da" (ver Schneider, 1950). Cuando estos pacientes no cumplen con sus propios estándares altos y sus expectativas, muestran las manifestaciones clínicas de la depresión.

Bajo circunstancias óptimas, el trabajo duro y el éxito externo pueden eventualmente dar a estos pacientes el sentido de haber cumplido con sus deberes y responsabilidades, y la vida ser más fácil para ellos en años posteriores. Pero si intentan lo imposible, se deprimen gradualmente con el transcurrir de la vida. Estos son los masoquistas morales que inconscientemente se colocan en circunstancias que inducirán sufrimiento o que lo experimentan como el precio de cualquier gozo que puedan permitirse.

Otros más de los masoquistas morales están más cercanos psicodinámicamente del trastorno histérico de la personalidad, particularmente mujeres con rasgos depresivo-masoquistas del carácter y severas prohibiciones inconscientes contra la libertad y el goce sexual. Pueden tolerar una experiencia sexual satisfactoria sólo cuando se realice bajo condiciones de sufrimiento objetivo o simbólico.

Los pacientes caracterizados por el trastorno depresivo-masoquista de la personalidad, también muestran una vulnerabilidad anormal a la decepción por parte de los demás, especialmente la pérdida del amor o del interés, y pueden hacer lo imposible con tal de obtener simpatía, amor y afirmación. En contraste con las personalidades narcisistas, que son sobredependientes de la admiración externa sin responder internamente con amor y gratitud para aquellos que los aman y admiran, la personalidad depresivo-masoquista es típicamente capaz de responder profundamente con amor, ser agradecida. Sin embargo, estos pacientes se hacen inconscientemente aferrados y demandantes y pueden desarrollar un grado anormal de conformidad con la otra persona, junto con un aumento gradual de las demandas implicadas en su excesiva dependencia del otro. Si la patología del otro se ajusta, el resultado puede ser una relación muy satisfactoria en el amor y el matrimonio.

El menos afortunado de estos pacientes muestra una sensibilidad excesiva a la pérdida del amor, un sentido inconsciente de ser rechazado y maltratado como una reacción a ofensas relativamente menores, y la tendencia a desquitarse de esta conducta percibida de los demás, intentando hacer que los otros sientan culpa o con una conducta de rechazo por su propia parte. Su actitud de "¿cómo pudiste hacerme esto a mí?" puede causar que los otros lo rechacen de veras, iniciando así un círculo vicioso que puede en forma eventual amenazar aun las relaciones personales profundas. Este sentido subjetivo de los pacientes respecto a ser rechazado, así como las frustraciones y pérdidas reales tienden a llevarlos a la depresión clínica. A través de los años, como señaló Laughlin (1967), la conciencia de su enorme necesidad de los demás, el peligro de abrigar esperanzas muy grandes y luego frustrarse, pueden producir una reacción secundaria de retraimiento cínico de las relaciones interpersonales.

El "metabolismo" imperfecto de la agregación en el trastorno depresivo-masoquista se muestra en la tendencia de estos pacientes a deprimirse bajo condiciones que normalmente producirían ira o rabia. La culpa inconsciente por esta ira (reforzando la culpa sentida inconscientemente a causa de la agresión hacia los objetos amorosos más tempranos) puede complicar sus relaciones interpersonales. Tienen propensión a experimentar ciclos en los que

expresan ira hacia quienes atacan "con derecho" o por quienes se sienten rechazados, luego se deprimen, se disculpan en exceso, se vuelven sumisos y complacientes, hasta que la ira secundaria por la conformidad o sumisión se convierte en el próximo ataque de rabia. El punto de vista psicoanalítico tradicional de que los pacientes deprimidos dirigen la ira contra ellos mismos más que contra otros, parece típicamente ilustrado por estos casos.

La literatura psicoanalítica inicial solía incluir estas personalidades como subcategorías del carácter "oral" en un intento por clasificar la patología con base en "puntos de fijación libidinal". En este esquema el carácter histérico correspondía a fijaciones genitales, el obsesivo-compulsivo a fijaciones anales sádicas y el oral a fijaciones de dependencia oral. Esta clasificación primera fracasó por muchas razones. Clínicamente, sin embargo, el trastorno histérico de la personalidad, el obsesivo-compulsivo y el depresivo-masoquista son tipos de patología del carácter que reflejan un alto nivel de organización de la personalidad, una buena diferenciación de la estructura intrapsíquica tripartita, sólida identidad del yo, y predominancia de operaciones defensivas que se centran en la represión. Estos pacientes pueden estar sufriendo fuertemente por su patología del carácter y, sin embargo, tener un muy buen pronóstico para el tratamiento psicoanalítico. El hecho de que dos de estas tres categorías se hayan omitido en la clasificación de trastornos de la personalidad del DSM-III parece una seria deficiencia.

El Trastorno de la Personalidad por Evitación en el DSM-III parece relacionarse de alguna manera con la personalidad depresiva, pero esto no es, al parecer, lo que entienden Spitzer y Williams (1980), quienes señalan que la "distinción entre las categorías del DSM-III de Trastornos Esquizoide y de la Personalidad por Evitación se basa en si hay o no, un defecto en la motivación y capacidad para involucrarse emocionalmente (Millon). Se espera que esta distinción descriptiva tenga implicaciones terapéuticas y pronósticas" (pág. 1065).

Millon, uno de los miembros del Task Force on Nomenclature and Statistics responsable del DSM-III y del Advisory Committee on Personality Disorders, desarrolló su propio sistema teórico para clasificar trastornos de la personalidad basado en una combinación de patrones de adaptación aprendidos. Estos "pueden verse como formas complejas de conducta instrumental, o sea, formas de lograr reforzamiento positivo y de evitar reforzamientos negativos" (Millon, 1981, pág. 59). El siguiente cuadro resume la correspondencia entre la clasificación de Millon y el DSM-III.

Millon	DSM-III
Patrón pasivo-dependiente	Trastorno Dependiente
Patrón activo-dependiente	Trastorno Histriónico
Patrón pasivo-independiente	Trastorno Narcisista
Patrón activo-independiente	Trastorno Antisocial
Patrón pasivo-ambivalente	Trastorno Compulsivo
Patrón activo-ambivalente	Trastorno Pasivo-Agresivo
Patrón pasivo-retraído	Trastorno Esquizoide
Patrón activo-retraído	Trastorno de la Personalidad por Evitación

Millon también desarrolló dos inventarios de autorreportes para diagnóstico computarizado, el inventario multiaxial clínico de Millon, y el inventario conductual de la salud, de Millon. Su reciente texto (1981), proporciona ilustraciones detalladas de sus puntos de vista sobre la clasificación, y documenta la influencia que él ha tenido en el Task Force del DSM-III, al grado de que cuando menos 2 de las 11 categorías de trastornos de la personalidad en el DSM-III (el Trastorno de la Personalidad por Dependencia y el Trastorno de la Personalidad por Evitación) se relacionan directamente con su pensamiento. La calidad académica del análisis de Millon, la dimensión histórica de las clasificaciones de patología del carácter y de la personalidad que él esboza, y la consistencia interna de su sistema personal de clasificación deberían ser de gran interés para todos aquéllos que batallan con estos temas. Al mismo tiempo, el hecho de que la terminología de Millon, derivada de un sistema teórico tan personal no ligado en forma directa con la experiencia clínica psiquiátrica ordinaria, hubiera influido tan fuertemente en esta sección del DSM-III, suscita cuestionamiento respecto a la naturaleza atórica asumida de la clasificación propuesta, y a las metas explícitas de desarrollar una terminología aceptable por los clínicos e investigadores de diversas orientaciones teóricas, y evitar la introducción de nueva terminología y conceptos que rompen con la tradición, excepto cuando claramente sea necesario. La franqueza de la descripción de Millon sobre su compleja relación y su influencia en el Task Force del DSM-III, habla por él, si no por la sección de trastornos de la personalidad.

El Trastorno de la Personalidad por Evitación se describe en el DSM-III como el que presenta una hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza, y una tendencia a interpretar sucesos inocuos como ridículos. Estas características no corresponden a rasgos depresivos de la personalidad tanto como a los trastornos narcisista y paranoide. La personalidad por evitación se describe como no dispuesta a hacer relaciones a no ser que se le den garantías excepcionalmente fuertes de una aceptación no crítica. La personalidad depresivo-masoquista, en contraste, tiene un enorme sentido de responsabilidad personal y el sentimiento de que tiene que hacer esfuerzos máximos para encontrarse y relacionarse con los demás, lo que se refleja socialmente en relaciones superficiales muy buenas con los otros, al costo de un gran estrés, tensión y constantes dudas de que merezca el amor y la amistad de los demás.

En el DSM-III el Trastorno de la Personalidad por Evitación se describe como retraído socialmente, como la personalidad esquizoide excepto por un deseo de compromiso social y un particular estado de alerta a la crítica. La personalidad depresiva no presenta retraimiento social del tipo y gravedad mostrados por la personalidad esquizoide. Más aún, puede cuestionarse el que las personalidades esquizoides no presenten un deseo por compromiso social y no sean sensibles a la crítica; el intercambio clínico intenso con personalidades esquizoides revela que éstas poseen una realidad intrapsíquica mucho más compleja de la que inicialmente transmiten. Aquí, el descuido de las exploraciones psicodinámicas de la personalidad esquizoide empobrece su descripción. Cualquiera que sea el significado o utilidad clínica que proporcione el concepto de Trastorno de la Personalidad por Evitación, el trastorno

depresivo-masoquista de la personalidad definitivamente hace falta en el DSM-III. El llamado Trastorno Distímico —depresión neurótica o neurosis depresiva, diríamos— no corresponde a la personalidad depresivo-masoquista sino a un complejo sintomático que puede activarse por la descompensación de otros trastornos de la personalidad, como, típicamente, la personalidad narcisista. O el Trastorno Distímico podría ser sólo una expresión directa de conflicto intrapsíquico inconsciente no estructurado en una patología del carácter.

Otros trastornos de la personalidad también hacen falta en el DSM-III. Por ejemplo, la “personalidad como si”, la “personalidad sadomasoquista”, y la “personalidad hipomaniaca” hacen falta, y la Personalidad Inadecuada del DSM-I y DSM-II también se ha retirado de circulación. Pudiera argumentarse que se omitieron porque su base descriptiva es muy estrecha, que están íntimamente ligadas al psicoanálisis como sistema teórico o a que su frecuencia clínica es baja. Yo creo que, aunque la “personalidad inadecuada” rara vez se presentaba, correspondía a una constelación clínica existente.

Por otra parte, los 11 trastornos de la personalidad seleccionados para discusión en el DSM-III incluyen cuando menos 3 recién llegados de nivel cuestionable: la Personalidad Evasiva mencionada; la Personalidad Dependiente, otra aparente contribución de Millon y la Personalidad Esquizotípica. He planteado ya varias cuestiones respecto a la Personalidad Evasiva, aquí añadiría sólo que encontré problemáticas las ilustraciones clínicas de los tres tipos en el *Case Book* del *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1981). El caso del “tenedor de libros” (pág. 59) ilustración del Trastorno de la Personalidad por Evitación, se presenta en una descripción de dos párrafos que yo encontraría altamente inadecuada para cualquier diagnóstico de la personalidad. El caso de la “hermana triste” (pág. 175) es sobre una mujer solitaria que ha tenido un temor extremo de los hombres y corta las relaciones potenciales con ellos porque teme que eventualmente la rechazarán; apoya las buenas causas, es competente y responsable en su trabajo como asistente de un maestro, y tiene como únicos contactos a una hermana y a un amigo cercano de su época de escuela. Con base en esta descripción resumida, podríamos pensar en la posibilidad de un trastorno esquizoide o, con más exploración, quizá rasgos histéricos importantes. De cualquier modo, hay poca evidencia de su deseo de afecto y aceptación “con aprobación incondicional”, lo que es supuestamente central en la Personalidad Evasiva.

Los casos de Trastornos de la Personalidad por Dependencia en el *Case Book* del *DSM-III*, de inmediato suscitan la cuestión de la relación entre este trastorno y el Trastorno Pasivo-Agresivo. Este último es una categoría que primero surgió en el DSM-I y ha sobrevivido en el DSM-II y DSM-III. Las descripciones originales (Whitman y cols., 1954; Rabkin, 1965; Small y cols., 1970) dieron una base en cierto modo estrecha pero en forma descriptiva clara y clínicamente relevante; y esta categoría ha sido un dispensario diagnóstico útil para trastornos que no caen con facilidad en ninguna otra categoría importante. Es una buena ilustración de una categoría clínicamente útil y relativamente ateórica.

En el DSM-III, el Trastorno de la Personalidad por Dependencia resurgió con una independencia reciente. El manual no hace referencia a los proble-

mas diagnósticos o a ninguna otra razón para distinguir esta clasificación del Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad. Los casos correspondientes en el *Case Book* del *DSM-III*, ilustran esta ambigüedad.

El "psiquiatra terco", diagnosticado como Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad (pág. 40), muestra actitudes dependientes inapropiadas, fuertemente implícitas (y no reconocidas) hacia su esposa; al paciente de "la sangre es más gruesa que el agua" (pág. 47) que rompió con su novia porque la madre de él la desaprobaba, se le diagnostica como dependiente en tanto que muestra claramente, sin embargo, una conducta pasivo-agresiva hacia su madre. La ilustración del otro caso de Trastorno de la Personalidad por Dependencia (pág. 73), el del "mangoneado", un homosexual que resiente su papel excesivamente pasivo con su amigo pero se le dificulta con seguir erecciones con otros hombres, parece presentar un trastorno de personalidad mucho más complejo de lo que puede hacerse caer bajo la etiqueta Trastorno de la Personalidad por Dependencia. Aunque en este caso el diagnóstico fue sólo "provisional", la razón fue que "la conducta dependiente está claramente presente en su relación actual, pero hay información inadecuada para determinar si esto es característico de su funcionamiento a largo plazo". En otras palabras, la naturaleza provisional del diagnóstico no se derivó de las distorsiones y complejidad de su vida sexual. El paciente, a propósito, también recibió el diagnóstico de Excitación Sexual Inhibida, pero su homosexualidad no se mencionó en el diagnóstico. Podemos asumir, por lo tanto, que este paciente estaba a gusto con su homosexualidad.

El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad presenta problemas clínicos y teóricos importantes. Spitzer y Williams (1980, pág. 1065) declaran: "Los criterios para el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, se desarrollaron para identificar individuos descritos con Esquizofrenia Límite (Spitzer y cols.). Hay evidencia de que la Esquizofrenia Crónica es más común entre miembros de la familia de individuos descritos con Esquizofrenia Límite, que entre la población general (Rosenthal y Kety)". Aquí hay un claro prejuicio teórico; se creó una categoría que encajaría en un concepto del espectro de la esquizofrenia basado en la investigación de rasgos genéticos en la esquizofrenia.

La evidencia para el concepto de un espectro de la esquizofrenia es muy convincente, pero debiera tenerse en mente que algunos de los parientes biológicos de pacientes esquizofrénicos que presentan lo que Hoch y Polatin (1949), llamaron "esquizofrenia seudoneurótica", y otros "esquizofrenia límite" o "esquizofrenia ambulatoria", pueden sufrir versiones subclínicas o más leves de enfermedad esquizofrénica, más que de un trastorno de la personalidad. De hecho, toda la literatura contemporánea sobre la investigación de trastornos límite se originó en un esfuerzo por clarificar si la "esquizofrenia límite" existe y el grado al que uno puede diferenciar este grupo en (a) pacientes con estructuras de "personalidad psicótica" o formas "atípica", "latente", "simple" o "residual" de enfermedad esquizofrénica, y (b) personalidades límite propias que definitivamente no son psicóticas. Los estudios epidemiológicos, incluyendo entrevistas clínicas de parientes biológicos de sujetos esquizofrénicos, quizá no proporcionen la clase de evidencia discriminatoria sutil que contestaría a estas preguntas, en contraste con

participación diagnóstica y terapéutica intensivas a largo plazo con poblaciones de pacientes, o la investigación empírica dirigida por Grinker y cols. (1968), Gunderson (1982), Perry y Klerman (1980), Kroll y cols. (1981), y otros.

En el *Case Book* del *DSM-III*, la "clarividente" (pág. 95), diagnosticada como Trastorno Esquizotípico presenta despersonalización, desrealización, pensamiento mágico, ideas de referencia (que no fueron confrontadas respecto a su calidad delirante), lenguaje extraño, suspicacia y prueba de realidad evaluada sólo al grado de determinar que no tenía alucinaciones o delirios. No tenemos forma de saber si sus ideas de referencia y su suspicacia se exploraron en forma apropiada. El comentario del libro de casos dice: "El clínico podría preocuparse por lo que pareció un episodio psicótico previo en esta paciente; en cuyo caso los síntomas actuales serían indicativos de la fase residual de Esquizofrenia. A falta de esa historia, sin embargo, lo más apropiado es un diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad" (pág. 96). El otro caso de Personalidad Esquizotípica presenta retraimiento social, pensamiento mágico, empatía inadecuada, lenguaje extraño e hipersensibilidad a la crítica (viendo crítica donde no hubo intención de hacerla). De nuevo, el comentario dice: "Hay muchas similitudes entre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y los síntomas observados en el subtipo Residual de Esquizofrenia, pero la falta de una historia de rasgos psicóticos expresos excluye tal diagnóstico" (pág. 235).

En mi opinión el diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad es problemático. Una evaluación cuidadosa de la prueba de realidad en la situación clínica puede identificar pacientes con pérdida real de ella y estructura de personalidad psicótica en contraste con aquéllos en quienes el mantenimiento de la prueba de realidad corresponde claramente al diagnóstico de Personalidad Esquizoide. Es como si un extremo de la esquizofrenia se hubiera insertado en la sección sobre trastornos de la personalidad, la contraparte de la notable restricción de la esquizofrenia a una psicosis de cuando menos seis meses de duración, de modo que cualquier enfermedad esquizofrénica que dure aunque sea unos cuantos días a menos de seis meses, se clasificaría como un Trastorno Esquizofreniforme. Sería preferible, no restringir la esquizofrenia tan artificialmente y, desde un punto de vista clínico, hacer el diagnóstico aún en casos que no presentan un cuadro tan florido y en los que el enfoque para tratamiento y el pronóstico son diferentes a los que corresponden a los trastornos de la personalidad.

Con toda justicia, pudiera también argumentarse que la introducción del diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad como intermedio entre el Trastorno Esquizofrénico y el Trastorno Esquizoide de la Personalidad refleja una aproximación sofisticada a la interrelación de los diversos sectores de diagnóstico, la delimitación de un área oscura que liga los trastornos de la personalidad con las psicosis. Encontramos, sin embargo, que los trastornos de personalidad correspondientes en el lado afectivo se han clasificado ahora entre los Trastornos Afectivos. Así, como ya mencionamos, el Trastorno Ciclotímico (correspondiente a la Personalidad Ciclotímica en el *DSM-II*) se clasifica junto con el Trastorno Distímico o Neurosis

Depresiva dentro de los Trastornos Afectivos. Aquí el problema mencionado al discutir la personalidad depresiva se complica.

Si concebimos a los trastornos de la personalidad en una secuencia de gravedad desde la personalidad depresiva hasta la hipomaniaca y la ciclotímica, con un área en la que los trastornos afectivos y los de la personalidad se traslapan, todo el espectro afectivo de trastornos de la personalidad permanecería unido, como sucede con los trastornos esquizoide y esquizotípico. El DSM-III, sin embargo, restringe inconsistentemente la esquizofrenia y amplía los trastornos afectivos. Frances (1980), ha llamado la atención a una inconsistencia similar en el manejo de trastornos del espectro en el DSM-III. Esta inconsistencia se extiende por igual a una tercera dimensión, quizá aún más importante que la relación de los trastornos de la personalidad con la esquizofrenia y los trastornos afectivos, a saber, la relación de los trastornos de la personalidad con las neurosis sintomáticas o psiconeurosis. Ya que las neurosis se han dispersado a través del DSM-III, la relación entre reacciones depresivas y trastornos de la personalidad se corta, y la relación entre la personalidad histérica y la histeria de conversión y trastornos disociativos ha desaparecido. La histeria de conversión se ha dividido en Trastorno de Somatización (cuando una mujer tiene más de 14 síntomas o un hombre más de 12) y Trastorno de Conversión (14 o menos síntomas en mujeres, 12 o menos síntomas en hombres). La Personalidad Obsesivo-Compulsiva del DSM-II se ha rebautizado Trastorno Compulsivo de la Personalidad "para evitar confusión con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo".

Esta disociación artificial de los trastornos de la personalidad, de las neurosis sintomáticas y el volver a bautizar y reacomodar las neurosis sintomáticas a través del DSM-III, aumenta más que reducir los problemas de la relación entre trastornos de la personalidad y psicopatología en general. Además, diversos trastornos de la personalidad se han colocado fuera del sector de la personalidad, como el ya mencionado Trastorno Ciclotímico, los Trastornos del Control de los Impulsos No Clasificados en Otros Apartados, que incluyen la personalidad explosiva (bajo el nombre de Trastorno Explosivo Intermitente), y varios trastornos de la personalidad impulsiva (bajo el encabezado de Juego Patológico, Cleptomanía y Piromanía), añadidos al Trastorno del Control de los Impulsos Atípicos.

En el diagnóstico de trastornos límite de la personalidad, el Task Force del DSM-III se enfrentó con la terminología a veces idiosincrásica usada por clínicos, investigadores y teóricos y con sus diversas ideas sobre lo que este diagnóstico exactamente incluía. Por ejemplo, Gunderson (1977, 1982; Gunderson y Singer, 1975; Gunderson y cols., 1981) considera el trastorno límite de la personalidad como una entidad diagnóstica estrecha, estrictamente delimitada, con características clínicas que corresponden muy de cerca a las definidas en el DSM-III y aproximadamente correspondientes a la personalidad infantil o a los tipos más graves de personalidad infantil a que nos referimos antes. En contraste, Grinker (1975), presenta un espectro muy amplio de los trastornos límite, al igual que Rosenfeld (1979a, 1979b) Searles (1978), Giovacchini (1979), Masterson (1980) y Rinsley (1980). Stone (1980) y Kernberg (1975; también capítulos 1 y 2) adoptan una posición intermedia que considera que la organización límite de la persona-

lidad es una entidad diagnóstica psicoestructural en la que convergen predisposiciones genéticas y psicodinámicas y disposiciones de temperamento. Para fines prácticos, hubo que tomar la decisión de si la organización límite debería introducirse como un concepto estructural (indicando la gravedad de la patología del carácter o trastorno de la personalidad) o en un sentido restringido correspondiente a los conceptos de Gunderson y de otros.

El DSM-III optó por la definición restringida pero ésta no ha sido consistente. Primero, el énfasis de Gunderson sobre el desarrollo de episodios psicóticos breves en estos pacientes no se incluyó entre los criterios esenciales —a pesar de la importante evidencia clínica y de investigación— y menciona sólo como un comentario: “El trastorno distímico y la depresión grave, así como los trastornos psicóticos, como una psicosis reactiva breve, pueden ser complicaciones” (DSM-III, pág. 322). Además, el DSM-III muestra un impresionante traslado del Trastorno Límite de la Personalidad y del Trastorno Histriónico (al que nos referimos antes). Ambos se describen con grave patología de las relaciones objetales, inestabilidad afectiva, actos físicos autodestructivos, impulsividad, autodramatización y trastornos psicóticos transitorios. La perturbación de la identidad, mencionada correctamente para el trastorno límite de la personalidad también se menciona para la personalidad histriónica. Pope y cols. (1983), concluyeron que aunque el trastorno límite podía distinguirse rápidamente de la esquizofrenia en el DSM-III y no parecía representar al “trastorno límite afectivo”, no pudo distinguirse en ninguno de los índices de los trastornos histriónico y antisocial.

Parece que la inclusión de la personalidad límite y de la histriónica representa una especie de solución de compromiso, con efectos que confunden. Quizá el término Trastorno Histriónico de la Personalidad y la descripción correspondiente se relacionen con el interés de D. Klein (1975, 1977), por clasificar el espectro límite según la respuesta psicofarmacológica, y quizá su participación en el Task Force, influyó en esta nomenclatura, igual que la selección de los trastornos de la personalidad por evitación y por dependencia refleja el pensamiento de Millon. En el concepto general del trastorno límite, estoy de acuerdo con el énfasis de Millon en la importancia de una clasificación de trastornos de la personalidad que consideraría la gravedad de la enfermedad en adición a una constelación particular de rasgos patológicos del carácter. Millon escribe:

Una aspiración inicial del comité fue la diferenciación de tipos de personalidad siguiendo la dimensión de la gravedad; desafortunadamente los criterios para estas distinciones nunca se desarrollaron. Más que hacer discriminaciones respecto a la gravedad, como propusieron Kernberg y Millon, los componentes del Task Force agruparon los síndromes de la personalidad en tres claustros sintomatológicos. El primero incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, unificados como un grupo en cuanto a que sus conductas aparecen raras y excéntricas. El segundo clasifica los trastornos histriónicos, narcisista, antisocial y límite agrupados juntos con base en su tendencia a conducirse en forma dramática, emocional o errática. El tercer claustro agrupa las personalidades evasiva, dependiente, compulsiva y pasivo-agresiva, con fundamento en que estos tres tipos a menudo aparecen ansiosos o temerosos. Un memorándum repartido por el autor (o sea, Millon) para discusión en la junta del Task Force en junio de 1978 se refería a estos claustros recomendados, como sigue:

Nunca entendí del todo la importancia de las dimensiones que nos llevaron a clasificar los trastornos de la personalidad en la forma descrita. Cualquier número de dimensiones diferentes podría haber sido seleccionado para agrupar los 11 trastornos de la personalidad en cualquiera de un número infinito de arreglos de grupos o combinaciones. Por qué se seleccionó de entre éstos el que se sugiere específicamente en el texto, no es claro para mí. ¿Tiene algún significado para el pronóstico, alguna importancia etiológica o alguna lógica en términos de un modelo teórico deductivo? Si yo fuera a desarrollar un claustro o un marco de referencia factorial para los trastornos de la personalidad, estoy seguro que produciría un esquema diferente al sugerido. Las características especificadas son bastante claras, pero ¿qué valor tiene saber que tres son “excéntricas”, cuatro son “emocionales” y otras cuatro aparecen como “ansiosas”?

Mi propia preferencia sería, o desechar el agrupamiento completo y listarlo alfabéticamente, o agruparlos en términos de su prevalencia conocida o de su gravedad potencial” (1981, pág. 63).

Millon compara luego sus puntos de vista con los míos, señalando en forma precisa que yo doy “primordial atención . . . a las características estructurales *internas* de la personalidad, en tanto que Millon considera que se da al sistema social *externo* y a la dinámica interpersonal un nivel equivalente al de la organización interna” (Millon, 1981, pág. 63).

En el lado positivo de este problemático sector de los trastornos de la personalidad en el DSM-III, las descripciones del Trastorno Paranoide de la Personalidad y del Trastorno Narcisista de la Personalidad son esencialmente satisfactorios. El primero es una buena ilustración de una descripción clásica de psiquiatría clínica que ha mantenido su utilidad clínica sin considerar las diversas concepciones teóricas de su etiología, psicopatología y tratamiento. La descripción del Trastorno Narcisista de la Personalidad incluye contribuciones recientes de estudios psicoanalíticos y reconoce los criterios descriptivos derivados de investigaciones clínicas psicoanalíticamente orientadas. La única omisión es la mención de los fuertes conflictos de estos pacientes respecto a la envidia, consciente o inconsciente, y los grados de gravedad clínica.

La descripción del Trastorno Antisocial de la Personalidad se basa extensamente en el trabajo de Robins (1966), quien fue miembro del Advisory Committee on Personality Disorders of the DSM-III Task Force. Convento con Frances (1980), también miembro de ese comité, quien declaró: “Los criterios del DSM-III para diagnóstico, especificando la personalidad antisocial, son en verdad claros y confiables y han sido los más cuidadosamente estudiados. . . , pero quizá hayan echado de menos el punto de clínico más importante. Usando criterios comparables a los del DSM-III, aproximadamente 80% de todos los criminales se diagnostican como antisociales”. Frances luego señala la ausencia en el DSM-III de criterios clínicos tan cruciales como “la capacidad del individuo para la lealtad a los demás, culpa, ansiedad anticipatoria y aprendizaje de las experiencias pasadas” (pág. 1053).

Ya me he referido brevemente al diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la Personalidad, que es esencialmente aceptable pero de algún modo se empobrece por su falta de inclusión de alguna consideración sobre las contribuciones contemporáneas al estudio de rasgos clínicos y dinámicos en pacientes con este trastorno (Fairbairn, 1954; Guntrip, 1968; Rey, 1979). Las personalidades esquizoides pueden experimentar una aguda conciencia del

ambiente que los rodea, una sintonización emocional con los demás, y aún así, un sentido de indisponibilidad de sentimientos. En contraste con las que declara el DSM-III (pág. 310), muchas de ellas no son "sin sentido del humor o aburridas y sin afecto en situaciones en las que una respuesta emocional sería apropiada", y experimentan sufrimiento muy intenso a causa de su falta de acceso fácil y sus propios sentimientos por los demás. Sin embargo, para fines prácticos, la categoría diagnóstica sí permite el diagnóstico clínico de este tipo común de trastorno de la personalidad.

En otra parte (1976), he sugerido una clasificación de patología del carácter basada en criterios psicoanalíticos, psicoestructurales. En un resumen muy simplificado, esta clasificación concibe un tipo neurótico o de patología del carácter de alto nivel incluyendo, predominantemente, las personalidades histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista; un nivel intermedio que incluye las personalidades narcisistas de mejor funcionamiento, algunas personalidades infantiles y personalidades pasivo-agresivas; y un "nivel bajo" u "organización límite de personalidad" que incluye la mayoría de casos de personalidades infantiles y narcisistas y prácticamente todas las esquizoides, paranoides e hipomaniacas, además de las "como si" y las antisociales. Los criterios descriptivo-fenomenológicos de los diversos tipos de patología del carácter y los criterios estructurales de la organización límite refuerzan mutuamente la precisión del diagnóstico clínico y poseen relevancia pronóstica y terapéutica.

Yo creo, en suma, que la clasificación del DSM-III de los trastornos de la personalidad requiere revisión. Es notable cuántos problemas diagnósticos se han creado por esta sección relativamente pequeña del sistema de clasificación del DSM-III y cómo los criterios y objetivos trazados en la introducción al mismo no se han tomado en cuenta. Se introdujo nueva terminología por razones que no son claras; se ha descuidado la experiencia clínica y las necesidades de los clínicos; y se han incluido categorías traslapadas, innecesariamente, en tanto que se echan de menos constelaciones esenciales. El DSM-III no es, por supuesto, excepcional en las clasificaciones problemáticas; hubo problemas significativos con el DSM-I, y el DSM-II también. Si bien podemos tener esperanzas que el DSM-IV mejore la situación, es sólo realista esperar nuevos problemas junto a nuevas soluciones. En el fondo, el campo está fluyendo, cambiando, y las fuertes predisposiciones teóricas conflictivas, encuentran expresión en las maniobras políticas activadas por el método burocrático con el que se producen los DSM. Para máxima efectividad a la luz de nuestro conocimiento actual, una clasificación óptima de los trastornos de la personalidad debería incluir igualmente una aproximación categórica hacia diferentes tipos de constelaciones de la personalidad y un enfoque dimensional que se refiera al nivel de gravedad de estos trastornos y a las relaciones internas de los subgrupos entre sí.