

## Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica.

Personality disorders in DSM-5. A critical approach.

Jose M. López-Santín <sup>a</sup>, Ferran Molins Gálvez <sup>b</sup>, Lia Litvan Shaw <sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Psiquiatra en CSMA Martí i Julià. Barcelona, España. <sup>b</sup>Psiquiatra en Programa de Rehabilitación Psicosocial de C.A. Emili Mirà i López. Barcelona, España. <sup>c</sup>Psiquiatra en Hospital de Día de C.A. Emili Mirà i López. Barcelona, España.

Correspondencia: Jose M. López-Santín (25275@parcdesalutmar.cat)

Recibido: 01/08/2012; aceptado con modificaciones: 04/04/2013

**RESUMEN:** *Introducción:* En la preparación del nuevo manual diagnóstico DSM-5 los modelos dimensionales se presentan como la base para la modificación de los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad. Los criterios de las ediciones anteriores han comportado algunos problemas, como una excesiva comorbilidad y una dificultad en la comprensión de ésta. *Material y métodos:* Se analizan de forma crítica las bases teóricas sobre las que se sustentan dichos modelos. Por otro lado, se consideran a la luz de los desarrollos hermenéuticos del siglo pasado. *Resultados:* Los modelos dimensionales suponen un avance cuanto a la integración de la información para su uso clínico y de investigación. Sin embargo, tienen algunas limitaciones implícitas que queremos destacar. *Conclusiones:* Se presentan dos propuestas desarrolladas desde una perspectiva hermenéutica, y se señalan las diferencias entre estas aproximaciones y los modelos dimensionales a nivel epistemológico y ético. **PALABRAS CLAVE:** Trastornos de personalidad, DSM-V, epistemología, teoría psicológica.

**ABSTRACT:** In the new diagnostic manual DSM-5, dimensional models are presented as the base to modify the diagnostic criteria of personality disorders. The criteria on previous editions of the DSM have brought about some problems in regards to an excess of comorbidity and an inability to understand this comorbidity. *Material and methods:* Theoretical grounds of these models have been examined in a critical way. On the other hand, these are also considered under the light of last century hermeneutical developments. *Results:* With dimensional models there is an improvement in the integration of the information in and of itself for its clinical and research use. But it also has some implicit limitations that we want to highlight. *Conclusions:* Two new proposals from an hermeneutical point of view are shown and contrasted with dimensional models in an epistemological and ethical level. **KEY WORDS:** Personality disorders, DSM-V, epistemology, psychological theory.

### Introducción.

En las últimas décadas la comorbilidad diagnóstica en psiquiatría ha aumentado notablemente, convirtiéndose así en un problema de interés clínico. Se han distinguido modelos conceptuales de comorbilidad distintos, cada uno de los cuales implica una forma distinta de entender el fenómeno (1).

Mario Maj (2), señalando a la proliferación de entrevistas diagnósticas estandarizadas como parte responsable, ha atribuido a cuatro factores el aumento de la comorbilidad psiquiátrica: la regla de que el mismo síntoma no puede aparecer en diagnósticos distintos, la proliferación de categorías diagnósticas, la práctica

ausencia de reglas jerárquicas y la pérdida de la totalidad a través de la operacionización de los criterios. Este último punto es el que, de manera sintética, apunta lo que se desarrollará en el artículo. Tematizar la cuestión de la totalidad como tal no es habitual en la psiquiatría actual y casi puede parecer un ejercicio de esoterismo, pero no menos enigmáticos nos parecen conceptos como el de personalidad, yo o identidad y están a la orden del día en nuestra práctica. Creemos necesario tematizar y desarrollar estos conceptos para permitirnos entender mejor al sujeto que acude a nuestra consulta.

A algunos, los problemas inherentes al aumento de la comorbilidad, les ha conducido al intento de entender la interrelación entre eje I, eje II y psicopatología. Durante los últimos años el debate en torno a los modelos de relación entre eje I y eje II se ha ampliado, sobretodo a expensas del desarrollo de los modelos dimensionales. En la actualidad existen varios grupos de trabajo designados para la elaboración del DSM-5 que los estudian (3). Los modelos dimensionales de personalidad, partiendo de análisis estadísticos, se han afianzado en la sustitución de los actuales modelos categoriales de trastornos de personalidad (4, 5) y algunos han apostado por la desdiferenciación entre ejes (6). Sin embargo, las aproximaciones dimensionales propuestas también están sujetas a críticas y se han realizado propuestas alternativas (7). El artículo recientemente publicado por Esbac y Echeburúa (8) recoge sintéticamente los problemas generados por el enfoque de los trastornos de personalidad en el DSM-4 y las propuestas futuras que pasan por los acercamientos dimensionales, prototípicos e híbridos en sus distintas formulaciones.

Antes de pasar al siguiente apartado son indispensables dos aclaraciones conceptuales relativas al uso que haremos en el artículo de la noción de 'comprensión'. Primera, que cuando se habla de 'comprensión' en el sentido que se da en los artículos referentes a los modelos dimensionales, significa la organización de la información, de una manera coherente y resumida, a partir de la aplicación de determinados cuestionarios o pruebas psicométricas y la extracción posterior a partir de éstos, y mediante procedimientos estadísticos, de una serie de factores que aúnan aquellos ítems que presentan importantes correlaciones entre ellos. En cambio, la comprensión en el sentido de la hermenéutica, tiene que ver con la interpretación que se hace de la experiencia y que en ese proceso implica siempre al otro (ya sea el terapeuta o cualquier otro que signifique el polo de la alteridad). Por tanto, la interpretación lo es de la experiencia con el paciente, y no de los datos obtenidos del paciente sin el paciente. La segunda aclaración se refiere a los dos momentos distintos en que se da la comprensión cuando es mentada en el artículo. La comprensión, y por tanto el sentido, que extrae el paciente cuando interpreta sus experiencias, y la comprensión del psiquiatra cuando interpreta la experiencia del paciente. En lo que se propone aquí, la modificación de la primera supondrá un cambio en la segunda.

En resumen, el presente artículo tratará primero de revisar las concepciones fundamentales comunes de los modelos dimensionales de personalidad derivados de modelos factoriales. Se explicitarán así algunos de los callejones sin salida a que nos conducen dependiendo del ámbito de aplicación. Y es que a pesar del avance que suponen estos modelos en algunas áreas, es preciso anotar algunas limitaciones que a nuestro parecer merman su rendimiento a la hora del enfrentamiento con el caso clínico. Por ello se revisarán en el apartado siguiente y se tratará de acercarnos desde otra perspectiva que permita tener en cuenta los problemas que acarrearán. Para ello, se examinarán las aproximaciones que proponen algunos psiquiatras y que tienen en común que parten de las conquistas de la hermenéutica en cuanto a la comprensión de la vida.

### *Modelos dimensionales de rasgos individuales*

La búsqueda de rasgos personales que expliquen las diferencias intra e interindividuales se inicia con F. Galton a finales del s. XIX con el desarrollo de la psicología diferencial. Desde los estudios de Allport durante la primera mitad del pasado siglo hasta los modelos de Eysenk y el modelo de cinco factores (FFM), se han constituido varios modelos con distintas dimensiones, que han partido de rasgos normales o anormales según el caso (9). La mayoría de estos modelos entienden la personalidad como una estructura nomotética altamente generalizable entre individuos, además de suponerse interna, organizada y característica del individuo a través de las situaciones y el tiempo (10). Este modelo epistemológico se sirve de una metodología matemático-estadística para extraer los rasgos de la personalidad. Los modelos dimensionales se sirven de un conjunto de procedimientos estadísticos que se conocen como análisis factoriales (11). Se trata de un tipo de análisis estadístico que, a grandes rasgos, reduce un conjunto amplio de variables a unos pocos factores o variables latentes, permitiendo así descubrir el mecanismo generador de los datos y hacer predicciones respecto a datos no observados pero generados en el mismo sistema. Mediante este procedimiento, se extraen dimensiones de orden superior a partir de factores de orden inferior (facetas), derivadas a su vez de conductas, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, regulación de la impulsividad, etc, descritos en la literatura relativa a rasgos de personalidad. Se genera así la estructura, definida por la covariación de los elementos inferiores que generan variaciones de las dimensiones de orden superior. Lo que hacen en primer lugar es relacionar estadísticamente los factores entre ellos y generar jerarquías que después el clínico o investigador deberá interpretar y dar sentido. Se reorganizan las conductas, cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal, de modo

más comprensivo, además de permitir su estudio empírico más detallado. Así, se ordenan relaciones conocidas entre factores dentro de la estructura, se integra información externa a la estructura con mayor sentido, se predicen nuevas relaciones, se generan dimensiones amplias que traspasan los límites entre facultades permitiendo reorganizar la nosología a través de las dimensiones generadas, además de generar nuevas explicaciones en el campo etiopatogénico (10).

Desde esta perspectiva, una parte de la comorbilidad se puede explicar mediante este modelo. Por ejemplo, las conductas incluidas en la evaluación de la disregulación emocional por la escala DAPP-BQ se pueden dar en distintos trastornos de personalidad (esquizotípico, evitativo, dependiente, límite), además de en trastornos ansiosos y afectivos en el Eje I. Así, resulta más fácil entender que estos trastornos, tanto de eje I como de eje II, se den de forma comórbida con una frecuencia significativamente elevada si partimos de la disregulación emocional como dimensión subyacente más elemental.

Hasta el momento, y tras intensos debates, la propuesta para el DSM-5 en relación con los trastornos de personalidad pasa por un modelo mixto. Un modelo con niveles jerárquicos distintos que permite un diagnóstico categorial y una aproximación al detalle dimensional. Si bien algunos autores habían impulsado una aproximación prototípica que trataba de englobar ambos modelos, acercándose más al funcionamiento cognitivo de los que van a aplicar la nueva nosotaxia, teniendo en cuenta tanto la investigación empírica como la práctica clínica y diferenciando niveles de aproximación al tipo ideal del trastorno en particular (12), esta propuesta parece desechada tras la revisión de criterios realizada en junio del 2011. A destacar es la alternativa propuesta por Gunderson (7) respecto del Trastorno de personalidad (TP) límite, que recoge una revisión de investigaciones relativas a sintomatología, análisis factoriales, estudios familiares, estudios sobre cognición y sobre tratamientos, para condensarlas en un modelo diagnóstico que recoge los tres fenotipos (hipersensitividad personal, disregulación emocional/afectiva y descontrol conductual) que más se repiten en los análisis factoriales (13,14) y le añade uno de carácter menos analítico pero más clínico, el de la alteración de la identidad. Con los resultados de los tres factores inscritos en el ámbito de la psicopatología del TP límite se pretende entender mejor la elevada comorbilidad que se da en el trastorno en cuestión (15). El hecho de descomponer la categoría de TP límite en dimensiones permite estudiar las comorbilidades de cada una de ellas, para así obtener resultados más fiables con muestras más homogéneas. No obstante, la propuesta de Gunderson, tras ser examinada empíricamente parece no mejorar la validez e incluso puede aumentar los diagnósticos de falsos negativos según el umbral diagnóstico que se elija (16).

Propuestas alternativas al margen, lo que sí parece claro es que las dimensiones obtenidas en las investigaciones empíricas con modelos factoriales serán incluidas y tendrán un papel destacable en el diagnóstico de trastorno de personali-

dad en el DSM-5. Por ejemplo, el diagnóstico de TP límite deberá contener rasgos patológicos en las dimensiones de ‘afectividad negativa’, ‘desinhibición’ y ‘antagonismo’. O el TP esquizotípico en ‘psicoticismo’, ‘introversión’ y ‘afectividad negativa’. Cada dimensión posee una serie de facetas afectadas dependiendo del trastorno de personalidad.

### *Filosofía hermenéutica*

Históricamente la hermenéutica se desarrolla como intento de superación de las aporías de la filosofía de la conciencia. La palabra hermenéutica deriva del verbo griego *hermeneuo*, que significa interpretar, declarar, anunciar, esclarecer, traducir. La hermenéutica es la técnica de interpretación de un texto, que durante el siglo XIX se fue orientando a la comprensión de la historia y de la acción humana, incluida la comunicación, en el ámbito de las ‘ciencias del espíritu’ (17). Hablar de hermenéutica es dirigirse a la pregunta por el sentido y a la búsqueda de la comprensión. En nuestro ámbito nos servirá, a nivel epistemológico, para señalar algunos problemas de los modelos dimensionales revisados más arriba, y a nivel práctico, como herramienta para la comprensión de la experiencia y la conducta anormales.

De las aportaciones que la hermenéutica ha hecho durante el siglo pasado destacamos algunos puntos que creemos fundamentales para nuestro trabajo:

1. El sujeto está en una relación de pertenencia con el entorno, está siempre en situación, es ser-en-el-mundo (18). No se da una separación entre el ser que es y el mundo en que habita. Una aproximación psiquiátrica que recoge la concepción de situación que queremos destacar en Heidegger, por ejemplo, es la de Tellenbach y su trabajo sobre el *Typus Melancholicus* (19).
2. El tiempo se revela como existencial ontológico del sujeto. El sujeto es, existe, en el desempeño concreto de sus posibilidades, en la efectuación concreta de su compromiso en el mundo, en su proyecto. La finitud, como cese del tiempo del sujeto, le condiciona en la concreción de sus posibilidades (18).
3. El sujeto no es una sustancia. No existe algo tal que una personalidad como sustento de las experiencias, como sustancia, sino como mantenimiento del sí mismo existente. Al sujeto sólo se lo conoce por las obras que realiza. Y sólo a través de ellas existe (20). El conocimiento de éstas se realiza por la interpretación y es la hermenéutica la técnica que permite la interpretación en el ámbito de las ciencias.

4. Las experiencias del sujeto se interconectan entre sí por tramas de sentido, conformando lo que se denominará una totalidad. Algunos, como Dilthey, conceptualizaron estas conexiones como estructura. Para él la estructura es la matriz que permite conectar las vivencias entre sí para dar coherencia a las experiencias de la vida (21).
5. La comprensión que cada sujeto realiza de su existencia viene mediada por el mundo en el que ya nace y por su proyecto (18).

### *Limitaciones de los modelos dimensionales*

Desde los propios artículos referidos a los modelos dimensionales se han explicitado algunos problemas del método estadístico factorial que apuntan a las decisiones subjetivas que debe tomar el investigador y que se acaban remitiendo a la 'interpretabilidad y a la significatividad psicológica de la estructura resultante'(10). Desde nuestro punto de vista se trata de una limitación que más bien subsana una pretensión de objetividad absoluta y que retorna la necesaria interpretación, desde la clínica, para entender el caso.

Algunas voces destacadas en el mundo de los trastornos de personalidad hicieron crítica de los caminos que está siguiendo la confección del próximo DSM (23). Las razones que aducían, entre otras, señalaban al complicado manejo del clínico por exceso de información y detalle, y la consecuente pérdida del marco general interpretativo. Y es que en el afán de caracterizar lo mejor posible cada caso concreto, se puede perder un factor común no operacionalizable (23). Además criticaban la desaparición de algunos diagnósticos del Eje II, que a su modo de ver son clínicamente significativos aunque no haya apoyo empírico por el momento, puesto que cualquier modelo exige unos aprioris que ya condicionan de entrada los resultados.

El presente artículo pretende profundizar en otros aspectos que igualmente determinan la utilidad de estos modelos en la práctica clínica.

1. Descontextualización de los estados mentales y conductas: La de-situación de los estados mentales y conductas del sujeto, al no considerar información relativa al contexto y la situación, necesaria para la interpretación de los datos objetivos. Cada conducta, cognición, afecto, está históricamente situada y posee un sentido para el sujeto y para el interpretador. En el modelo revisado las conductas, afectos, cogniciones, etc, recogidos en aseveraciones varias en las distintas escalas tienen un sentido para el sujeto que las contesta. Al correlacionarlas para extraer un factor de orden superior se liquidan esos sentidos y por tanto también la subjetividad que media el paso del orden natural al orden simbólico. Esa subjetividad es la que per-

mitirá la comprensión dinámica de lo ocurrido, lo que ocurre y lo que puede ocurrir en determinadas situaciones. La estructura factorial obtenida, pongamos alta 'compulsividad' y alta 'afectividad negativa', nos proporciona una descripción que quizás pueda conducirnos a explicar mejor los sistemas cerebrales o nos permita describir epidemiológicamente algunos fenómenos, pero no ayuda a la comprensión del caso. Y es que esa comprensión, como se esbozaba en el apartado anterior, es histórica y no puede ser reducida a determinados factores sin perder información relevante para el caso.

2. *Comprensión cerrada de la subjetividad:* La reificación de la subjetividad y el intento de fijar una estructura a la que se presupone un carácter cuasi-estático en su relación con el mundo y consigo misma. La necesidad de fijar lo histórico en algo más tangible y permanente, invoca una inmovilización de la dinámica bidireccional de tránsito entre sujeto y realidad. Y así, como por condensación, aparece la estructura como tabla a la que aferrarse y el cerebro como órgano en el que asentarse. Y no estamos diciendo que el cerebro no sea el órgano que sustente físicamente los procesos que permiten la experiencia, pero queremos destacar que no se tiene en cuenta la dimensión temporal del individuo y la transformación dinámica que se opera con cada situación, ni las repercusiones que esto puede tener en un órgano formado por sistemas de relación. En este sentido tanto el acontecimiento de un trauma como la existencia del conflicto a lo largo de una vida, ponen las condiciones para que el sujeto modifique de forma dinámica su relación consigo mismo y con los otros. Estos dispositivos antropológicos (25) muestran que la existencia es dinámica e irreductible a estructuras fijas. Por ejemplo, el hecho de padecer un secuestro muy probablemente condicione al sujeto en su vida íntima y relacional. O el tener que trabajar en un campo de concentración pero tener un concepto éticamente elevado de la vida se convierte en un conflicto que condiciona igualmente al sujeto y su mundo.

3. *La supuesta primacía epistemológica del sujeto que se autocomprende en que se basan los cuestionarios autoadministrados obviando los fenómenos inconscientes de autoengaño o los de engaño al interlocutor por dinámicas sociales establecidas (25).* Por ejemplo, determinados fenómenos sólo se expresarían en la experiencia intersubjetiva y no en la experiencia de contestar un cuestionario. No es igual la experiencia directa del sujeto en situación, que la representación mental de la situación. Alguien podría contestar que es muy valiente en una situación de peligro y luego en realidad salir corriendo al mínimo indicio de éste. Ese hiato vendría dado por una autorrepresentación distorsionada del sujeto.

Adoptando las aportaciones revisadas desde la hermenéutica puede concretarse el cuestionamiento de las limitaciones señaladas arriba. El sujeto vive, se desarrolla y se comprende desde su situación fáctica (época que le toca vivir, lugar donde vive, situación social determinada, nivel económico concreto, etc). Y desde esa situación

concretará su proyecto, es decir, efectuará la concreción práctica de sus posibilidades. El sentido de sus acciones y de sus experiencias, además de donado por el Mundo en el que ya nace (tradicción, en palabras de Gadamer (26)), vendrá dado por su compromiso concreto efectuado, y por tanto por las tramas de significatividad que establece. Así, ni se puede descontextualizar la experiencia y acción del sujeto, ni constituir una estructura estática que se limite a integrar los datos de la ‘realidad objetiva’, ni acoger las aseveraciones de un sujeto sobre sí mismo de forma acrítica, sin caer en algunos problemas de la filosofía de la conciencia y ya tratados por la hermenéutica. En la tabla 1 se resumen los puntos tratados hasta aquí.

Tabla 1.

Modelos dimensionales	Principales limitaciones	Hermenéutica
<p>Perspectiva tercera persona</p> <p>La experiencia del sujeto se reduce a una estructura factorial que funciona con categorías fijadas a priori</p> <p>Se prima el distanciamiento, la cuantificación y la relación de dominio</p> <p>Aspira a la objetividad y a la explicación del comportamiento en términos naturalísticos</p> <p>Basado en métodos estadísticos</p>	<p>Descontextualización de los estados mentales y conductas, liquidando la subjetividad que los dota de sentido</p> <p>Comprensión cerrada de la subjetividad, perdiéndose la dimensión temporal del accionar humano</p> <p>Los test autoaplicados suponen que las autointerpretaciones que el paciente hace de sí mismo reflexivamente son información objetiva.</p>	<p>Perspectiva en segunda persona</p> <p>Maneja estructuras de orden simbólico abiertas, hipotéticas, provisionales, transformables, revisables, reinterpretables, negociables</p> <p>Aproximación intersubjetiva, sensible al contexto, no dogmática. Se asume una interdependencia entre el sujeto y su situación</p> <p>Aspira a la co-construcción de sentido compartido</p> <p>Basada en métodos de interpretación y revisión crítica de los propios prejuicios</p> <p>Se considera que la subjetividad del otro está fuera del alcance porque: 1) supone el tiempo como dimensión existencial básica de la subjetividad 2) resalta que la relación con el otro es ética más que epistemológica</p>



*Desarrollos hermenéuticos en la psiquiatría*

Una vez resumidos estos puntos fundamentales se revisan dos propuestas de psiquiatras que se centran en el estudio de la psicopatología teniendo en cuenta el marco hermenéutico como método para pensar la experiencia del encuentro psiquiátrico.

Giovanni Stanghellini parte en su trabajo de la noción lingüística de estructura de Hjelmslev (27). Distingue tres tipos de psicopatología: descriptiva, clínica y estructural (28). Esta última es la que nos interesa porque asume que 'el conjunto de fenómenos de un determinado trastorno mental es una totalidad significativa, es decir, una estructura'. Su objetivo es captar la modificación característica subyacente que permite mantener los síntomas interconectados de forma significativa y permitir la comprensión de un determinado mundo de experiencias y acciones (29). Por esto tomará el análisis cualitativo de lo expresado y actuado por el paciente como método para conducirnos a la captación del modo de configurar su experiencia. Como la significatividad de la estructura, previamente definida como entidad autónoma, emerge de la relación entre las partes, buscará desplegar la estructura básica de la subjetividad a través de los existenciales básicos (espacio, tiempo vivido, materialidad, cuerpo, alteridad...). La subjetividad la entiende como los modos de configuración de la conciencia a través de los cuales se constituyen determinados fenómenos. Esto significa que para hallar el sentido de la experiencia del paciente debemos aprehender la forma específica en que la conciencia configura la experiencia. Por ejemplo, en la esquizofrenia, partiendo del análisis de la vivencia del tiempo, del cuerpo, del espacio, del otro, de sí mismo, del lenguaje, se ha tomado como fundamental la alteración de la ipseidad (el sentimiento vivido de ser el sujeto de experiencia) (30). Y en torno a esta modificación característica se han organizado e interconectado los fenómenos que se dan en la esquizofrenia.

Otra aproximación que precisamente intenta tener en cuenta las limitaciones del determinismo causal en el proceso de interpretación de la experiencia es la que ofrecen Ramos y Rejón (31), que elaboran una psicopatología entendida como herramienta y no como catálogo de contenidos. Es decir, tomar los conceptos psicopatológicos como conceptos históricamente formados que permiten pensar, sin cerrar en determinaciones fijas (sean biológicas, antropológicas o sociológicas), el hecho psicopatológico, para dotar de inteligibilidad a la experiencia del sujeto. Por ello revisan los trabajos de distintos psiquiatras en el ámbito de la psicopatología del último siglo y su forma de operar con la totalidad. A su entender, en general, se ha reducido la complejidad del asunto simplificando la totalidad para poder tratar con ella. Así desde Jaspers y la escuela de Heidelberg, hasta Minkowski y Ey, pasando por la Escuela de la Gestalt, se produce una reducción de la complejidad que tenemos delante nuestro mediante conceptualizaciones (ya sean el Yo, la es-

estructura, concepciones antropológicas, neurobiológicas u otras), que permiten una comprensión, pero que se sustentan en una base hipotética que cerrará ideológicamente otras comprensiones posibles en el marco del encuentro psiquiátrico. Para ellos, es precisa una apertura al otro para aprehender su mundo, su trama mundana de significatividad propia y concreta. Parten de una subjetividad que ya se encuentra en compromiso con el mundo, y que por tanto actúa en un horizonte de apertura concreto y organiza los nexos de sentido de la experiencia de manera que puedan otorgarle significatividad para realizar su compromiso con el mundo. Para evitar las determinaciones causales proponen recuperar el concepto de esquema de Kant, para posteriormente dotarlo de contenido a través de la reflexión y dotar de sentido a la experiencia a través de la reconstrucción. Cada uno de estos conceptos (esquema, reflexión, reconstrucción) tiene una historia y un significado que, para este artículo, no creemos necesario explicitar (32). En cambio sí queremos destacar que esta forma de pensar la psicopatología permite salvaguardar la subjetividad entendida como instancia de mediación entre el orden biológico y el orden simbólico y por tanto desde donde se individualiza el síntoma. También se protege la apertura del signo y el compromiso del sujeto en su relación con el mundo. El sentido de las experiencias del sujeto se generará reconstruyendo los síntomas sobre el fondo de una totalidad que a su vez se modifica. Y el producto obtenido de esta reconstrucción reflexiva debe ser público y tematizado y lo acertado de su significado debe testarse siempre sobre el horizonte de significatividad compartido, el saber de fondo del mundo de la vida que conceptualiza el Husserl tardío (33).

En resumen, esta aproximación al hecho psicopatológico trata de mantener la apertura de la experiencia en cada momento del encuentro entre entrevistador y entrevistado para permitir su comprensión. Comprensión que se genera en el proceso dialógico, que se hace de forma simultánea y que se puede reflexionar a posteriori para cotejar en el espacio público mediado por un horizonte compartido de sentido.

### *Conclusiones*

La elevada comorbilidad en psiquiatría es en buena medida el fenómeno resultante de la estandarización de las evaluaciones psicopatológicas y del uso de la metodología estadística. Si bien son herramientas útiles, precisan de otras para ser efectivas en nuestro trabajo. Entender la comorbilidad es pensar el problema de la totalidad, de la integración de las partes (los síntomas que vemos y que nos explica el paciente) en un todo (el sujeto delante de nosotros).

En este sentido, hemos visto que los modelos dimensionales de personalidad derivados de modelos factoriales permiten componer una totalidad más compren-

sible, organizada en una estructura, en tanto que los síntomas se relacionan entre sí a través de una base común extraída factorialmente y que va subiendo jerárquicamente hasta conformar las grandes dimensiones. Pero también hemos planteado algunas limitaciones que hacen referencia a la información recogida (modo de hacerlo y selección de lo considerado importante), al tipo de comprensión y a la dinámica de la comprensión, es decir, la integración de los datos en el tiempo. Y es que por la misma naturaleza de los síntomas psíquicos, los conceptos psicopatológicos no referencian su objeto de la misma manera que la semiología médica, basada en una fisiopatología que no es la de la psique (34). Y por ello no se pueden separar de su red de significado holístico (contexto en el que se dan, saber implícito del paciente sobre sí, creencias, expectativas, etc) (35). Así, compartimos lo afirmado recientemente por Fuchs acerca de que la aproximación positivista (36) no es adecuada para un nivel intersubjetivo. Y eso porque no permiten mostrar comprensivamente el desarrollo temporal de los nexos que generan el sentido. Por ejemplo, obtener unas dimensiones en un momento histórico de un paciente y obtener otras dimensiones distintas dos años después, no nos ayuda a la comprensión de ese cambio. Nos puede ayudar si lo que tratamos es de operar cambios en esas dimensiones en un momento concreto y sin considerar la dimensión temporal de la persona. Por otro lado, la integración por vía estadística de toda la información relativa al paciente se haría harto compleja, especialmente cuanto más información de éste y su contexto tenemos. Tanto es así, que en los modelos factoriales los factores sociales, familiares, biográficos, contextuales, son pasados por alto, so pena de añadir más variables al algoritmo y complicar todavía más el asunto. Además, este modelo vacía de sentido las experiencias y las conductas y por tanto no hacen la interpretación de las experiencias sino de las correlaciones obtenidas. De esta forma simplemente operan con los factores obtenidos para pronosticar alteraciones del comportamiento y vivencias futuras y no se busca comprender la experiencia, cosa que tenemos por fundamental para el reconocimiento del síntoma, la categorización diagnóstica y el proceso terapéutico. Esto supone que se facilite su deriva hacia la explicación determinista simplificada. Únicamente puede plantear hipótesis explicativas reduciéndolo a un determinismo causal, las más de las veces biológico, pero que puede ser de otro tipo.

Revisando algunas conclusiones de la hermenéutica hemos podido plantearnos esos problemas, para luego tratar de darles forma mediante dos propuestas psiquiátricas. ¿cómo tratar con el sujeto que consulta? ¿qué concepto de personalidad debemos manejar? ¿cómo comprender lo que experimenta el sujeto para poder ayudarle?

Para responder algunas de estas preguntas hemos recurrido a dos visiones con algunos aspectos comunes. Por un lado Stanghellini ha buscado la comprensión del caso mediante la exploración de un fundamento extraído desde el análisis fe-

nomenológico de los existenciales en el discurso del paciente y una interpretación hermenéutica mediante los narrativos extraídos desde el propio diálogo con el paciente. Por otro lado Ramos y Rejón, partiendo de su concienzuda negativa a reducir la experiencia a cualquier determinación causal para evitar algunos problemas derivados de la simplificación del ser, han buscado la comprensión mediante una operación en tres pasos (esquemización, reflexión, reconstrucción) que desactivase cualquier positividad primero y generase después un producto con un sentido a contrastar públicamente a la luz del saber de fondo del mundo de la vida y sujeto a su modificación en el tiempo. A nuestro entender, ambos enfoques tienen el mérito de reintroducir la subjetividad en la psicopatología para poder comprender el dinamismo de lo que vemos sin cerrarlo a determinaciones previas. La personalidad sería aquí entendida como un derivado suyo (37). Además, al partir de totalidades no determinadas por aprioris, permiten integrar información que pasa desapercibida o no se tiene en cuenta en los modelos dimensionales de personalidad por sus mismas características, y permiten mantener el carácter dinámico y abierto de la relación entre sujeto y mundo. Se insiste aquí en que es fundamental, puesto que los elementos contextuales son cada vez más tenidos en cuenta en psicopatología (38-41), y además de modificar el reconocimiento y tipificación del síntoma como tal o tal otro, proporcionan inputs que reorganizan de nuevo la totalidad de fenómenos implicados modificando así la interpretación de la experiencia del individuo que consulta. Así se puede integrar cualquier aspecto, sea biográfico, contextual, social o relacional, en la totalidad modificando la comprensión del caso y permitiendo un acercamiento psicoterapéutico no reduccionista.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;2:111-33. Review.
- (2) Maj M: "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?. *Br J Psychiatry.* 2005 Mar;186:182-4.
- (3) American Psychiatric Association. DSM-5: The future of psychiatric diagnosis, 2010. Disponible en: <http://www.dsm5.org>.
- (4) Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R: Personality disorder research agenda for the DSM-5. *J Pers Disord.* 2005 Jun;19(3):315-38.
- (5) Trull TJ, Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R: Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry.* 2007 Jan;20(1):52-6.
- (6) Krueger RF, Tackett JL: Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *J Pers Disord.* 2003 Apr;17(2):109-28.
- (7) Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord.* 2010 Dec;24(6):694-708.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (8) Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Jan-Feb;39(1):1-11.
- (9) Oldham J, Skodol A, Bender D. Tratado de los trastornos de personalidad. Barcelona, Elsevier Doyma SL, 2007.
- (10) Watson D, Clark LA, Harkness AR: Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994 Feb;103(1):18-31.
- (11) Peña D. Análisis de datos multivariantes. McGraw-Hill/ Interamericana de España, SA, 2002.
- (12) Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Dis* 2000, 14 (2): 109-126.
- (13) Andión O, Ferrer M, Calvo N, Gancedo B, Barral C, Di Genova A, Arbos MA, Torrubia R, Casas M. Exploring the clinical validity of borderline personality disorder components. *Compr Psychiatry*. 2013 Jan;54(1):34-40.
- (14) Chmielewski M, Bagby RM, Quilty LC, Paxton R, McGee Ng SA. A (re)-evaluation of the symptom structure of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2011 Sep;56(9):530-9.
- (15) Ferrer M, Andión O, Matalí J et al. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2010 Dec;24(6):812-22.
- (16) Zimmerman M, Dalrymple K, Young D, Chelminski I, Martinez J. An empirical examination of Gunderson's proposed revision of the diagnostic algorithm for borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2012 Dec;26(6):880-9.
- (17) Bauman Z. La hermenéutica y las ciencias sociales. Buenos Aires, Nueva Visión 2002.
- (18) Heidegger M. Ser y Tiempo. Madrid, Trotta 2003.
- (19) Ambrosini A, Stanghellini G, Langer AI. Typus melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Sep-Oct;39(5):302-11.
- (20) Coll i Calaf M. Introducció a la filosofia de Paul Ricoeur. Barcelona, Ed. UB 1999.
- (21) Dilthey W. Descriptive psychology and historical understanding. The Hague, Martinus Nijhoff 1977.
- (22) Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2010 Sep;167(9):1026-8.
- (23) Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jun;172:458, 460.
- (24) Stanghellini G, Monti R. Psicología del patológico. Una prospettiva fenomenológico-dinámica. Milan, Raffaello Cortina Editore 2009.
- (25) Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Madrid, Akal. 2008.
- (26) Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca, Ed. Sígueme 2007.
- (27) Lanteri-Laura. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid, Triacastela 2000.
- (28) Stanghellini G. The meanings of psychopathology. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Nov;22(6):559-64. Review.
- (29) Stanghellini G. A hermeneutic framework for psychopathology. *Psychopathology* 2010, 43: 319-326.
- (30) Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*. 2003;29(3):427-44.

- (31) Ramos P, Rejón C: El esquema de lo concreto. Madrid, Triacastela, 2002.
- (32) Ramos P, Rejón C. Reflexión y reconstrucción del hecho psicopatológico. En: Baca E, Lázaro E. Hechos y valores en psiquiatría. Ed. Triacastela, 2003.
- (33) Husserl E. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental. Ed. Prometeo, 2010.
- (34) Rejón Altable C. Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la psiquiatría. UAM Ediciones, 2012.
- (35) Ramos P, Adan J. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: an epistemological enquiry. *Psychopathology* 2011, 44: 205-215.
- (36) Fuchs T: Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 2010;43(4):268-74.
- (37) Ramos P. Personalidad y endogenidad en psicopatología. *Actas Esp Psiquiatr* 1999, 27 (3): 167-175.
- (38) Kirmayer LJ: Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. 2005 Jul-Aug;38(4):192-6.
- (39) Stanghellini G: The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology*. 2007;40(2):69-74.
- (40) Marková IS, Berrios GE: Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology*. 2009;42(6):343-9.
- (41) Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull*. 2013 Mar;39(2):270-7.