

DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos

Psiquiatría y
Psicoanálisis

Resumen

El diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis en el campo del diagnóstico se dificultó, en décadas pasadas, por la existencia de posturas contrapuestas sobre la forma de definir los trastornos y sobre la utilidad misma de la tarea diagnóstica. Esta situación parece haber cambiado recientemente, al surgir nuevos sistemas diagnósticos de orientación psicoanalítica (OPD-2 y PDM) que aceptan la operacionalización de sus conceptos y al incorporar la nueva versión en borrador del DSM-5 un enfoque diagnóstico que refleja mejor la complejidad y variabilidad clínica. Los tres sistemas son comparados en el campo de los trastornos de la personalidad, buscando señalar las zonas de complementariedad y de coincidencia entre ellos, así como los puntos aún abiertos a la discusión tanto entre la psiquiatría y el psicoanálisis, así como en el interior de cada una de estas disciplinas.

Palabras clave

Diagnóstico
DSM-IV
DSM-5
Psicoanálisis
Trastornos de la personalidad

Summary

In past decades, the dialogue between psychiatry and psychoanalysis in the diagnostic field has been difficult due to opposite attitudes about how disorders have to be defined and about the usefulness of the diagnostic task. This situation has recently changed due to the existence of new psychoanalytically oriented diagnostic systems (OPD-2 and PDM) that accept the operationalization of their concepts and because the new draft version of DSM-5 approaches more to clinical complexity and variability. The three systems are compared in the field of the personality disorders aiming at finding out the areas of complementarity and coincidence among them, as well as the issues still open to discussion between psychiatry and psychoanalysis and also within each of these disciplines.

Keywords

Diagnostic
DSM-IV
DSM-5
Psychoanalysis
Personality disorders

Autor

Ricardo Bernardi

Prof. de Psicología Médica,
Facultad de Medicina, Uni-
versidad de la República.

Prof. de Facultad de Psi-
cología, Universidad de la
República.

Miembro de la Asociación
Psicoanalítica del Uruguay y
de la Asociación Internacional
de Psicoanálisis (IPA).

Editor latinoamericano del
International Journal of
Psychoanalysis.

Correspondencia:
ric.e.bernardi@gmail.com

Introducción

El diagnóstico clínico constituye un campo privilegiado para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, en el que a lo largo del tiempo se dieron convergencias y divergencias de distinta naturaleza. En este terreno se ponen en juego no solo concepciones sobre la salud y la enfermedad, sino, también, el modo de establecer la relación profesional y humana entre el clínico y quien procura su ayuda. En los últimos años, psiquiatras y psicoanalistas estuvieron situados en los extremos del péndulo respecto a muchos aspectos del diagnóstico. Hoy día, sin embargo, existen en el horizonte claros indicios de cambios que sugieren que el período de los desacuerdos globales deja paso a zonas en las que es posible un intercambio fecundo entre ambas perspectivas diagnósticas.

En el período pasado buena parte de los desacuerdos giró en torno a la necesidad, jerarquizada por la psiquiatría, de diagnósticos claros y precisos que cubrieran el campo de la patología y la diferenciara de la normalidad, mientras el psicoanálisis hizo hincapié en la necesidad de reconocimiento de la singularidad de cada individuo y en la continuidad entre los fenómenos de salud y enfermedad. El sistema DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, capítulo V), publicado por la Organización Mundial de la Salud, se apoyaron en definiciones operacionales sobre la base de criterios aportados por la investigación científica. Al mismo tiempo, muchos psicoanalistas enfatizaron la necesidad opuesta, de una comprensión indefinidamente abierta, de los aspectos más profundos y únicos de cada experiencia humana individual. Esta polarización terminó restringiendo en ambos la validez de las categorías clínicas. En el caso de la psiquiatría, si bien las definiciones operacionales aumentaron la validez y confiabilidad de los diagnósticos, los criterios utilizados llevaron en muchos casos, sobre todo en el campo de los trastornos de la personalidad (TP), a un empobrecimiento de su contenido, que afectó su validez. En el caso del psicoanálisis, la búsqueda de pro-

fundidad, al no acompañarse de la necesaria preocupación por la definición de los conceptos, aumentó su imprecisión, afectando por tanto su validez al no ser posible establecer hasta dónde distintos términos eran coincidentes, contradictorios o complementarios.

Tanto en la psiquiatría como en el psicoanálisis la situación resultante provocó insatisfacción, lo que llevó a que desde uno y otro campo se pusieran en marcha revisiones de los criterios diagnósticos. En este momento asistimos al anuncio de nuevas versiones del DSM y del CIE así como al surgimiento de nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos, los cuales buscan ser complementarios al DSM o al CIE. En este trabajo me referiré a la próxima aparición del DSM-5, cuyos borradores ya están disponibles¹, y, dentro del campo psicoanalítico, al Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, versión 2 (OPD-2)² y al Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM)³ recientemente publicados. Ellos abren un nuevo espacio para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, el cual intentaré explorar a continuación comparando entre sí estos tres sistemas diagnósticos en relación con los TP.

El sistema diagnóstico DSM y la tradición uruguaya

La influencia que tuvieron en Uruguay el DSM-III y luego el DSM-IV fue importante, al igual que en muchos otros países y puede preverse que lo mismo ocurrirá con el DSM-5. El sistema CIE ha tenido menor influencia y en líneas generales resulta similar y traducible al DSM.

Conviene señalar que la preponderancia del sistema DSM fue durante largo tiempo contrabalanceada en Uruguay por el peso que conservaron los grandes maestros europeos de la psiquiatría así como por la influencia de las corrientes fenomenológica y existencial. Si comparamos los Anales de la Clínica Psiquiátrica con la Revista Uruguaya de Psicoanálisis, encontraremos que alrededor de 1970 existía en ambos una fuerte influencia de esta tradición filosófica, visible en las obras de R. Ramírez, J. Galeano, G. Koolhaas y otros distinguidos psiquiatras o psicoanalistas de ese momento.

También debe destacarse el peso que tuvo la obra de Henri Ey, que inspiró la práctica y la producción de numerosos psiquiatras, entre la cual se destacan los trabajos y la enseñanza de Humberto Casarotti. La discusión sobre las convergencias y divergencias entre las ideas órgano-dinámicas de Henri Ey y el psicoanálisis tenía su antecedente en discusiones que habían tenido lugar en Francia, algunas de ellas con especial brillo, como ser las Jornadas de Bonneval de 1946 sobre el tema de la causalidad psíquica, que se abrieron con las presentaciones contrapuestas de H. Ey y J. Lacan⁴. También en nuestro medio surgieron temas de debate entre las ideas de Henri Ey y las psicoanalíticas, en cuestiones tales como la distinción entre salud y enfermedad o la etiopatogenia de los trastornos mentales, problemas que desbordan el tema diagnóstico y que serán solo indirectamente abordados aquí.

Las primeras versiones del DSM, el DSM-I (1952) y el DSM-II (1968), recogieron la influencia de las tradiciones fenomenológica, psicoanalítica y de la psiquiatría social, pero fueron cuestionadas por su falta de confiabilidad y por la ausencia de criterios apoyados en la investigación científica. Surgieron, en consecuencia, propuestas de cambio basadas en la operacionalización de las definiciones, la revalorización del curso y desenlace de los trastornos y un uso más amplio de las investigaciones empíricas^{5, 6}. Estas propuestas se impusieron y llevaron a que en la siguiente versión del DSM, aparecida en 1980, el DSM-III, se produjera una amplia reformulación de las categorías diagnósticas, que sirvieron de base para el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000).

Los cambios introducidos en el DSM-III y el DSM-IV trajeron beneficios e inconvenientes. Del lado de las ventajas se debe reconocer que colocaron en primer plano las condiciones exigibles a un diagnóstico, a saber:

- Contener categorías diagnósticas que tengan validez, confiabilidad y utilidad clínica.
- Lograr que las investigaciones sean comparables.
- Delimitar los trastornos a los que el sistema de salud debe dar cobertura.
- Identificar la respuesta a los tratamientos.
- Facilitar los estudios epidemiológicos que

permitan determinar tasas de incidencia, prevalencia o remisión de los trastornos.

La necesidad de estos requisitos es indiscutible, pero el problema es encontrar el camino adecuado para cumplir con ellos. El DSM-III y el DSM-IV, sin proponérselo, al enfatizar el diagnóstico sobre la base de listas de síntomas, en el marco de categorías discontinuas que encerraban un apreciable margen de arbitrariedad, llevaron en muchos casos a una desvalorización del examen clínico minucioso, volvieron innecesaria la empatía con el paciente y el atender a su contexto familiar y social y desestimularon la comprensión psicopatológica. Aunque el DSM siempre hizo hincapié en que no pretendía sustituir una formación clínica profunda, los psiquiatras jóvenes buscaron memorizar síntomas más que comprender personas. Tampoco intentaron comparar sus observaciones con las de los grandes maestros. Esto llevó a lo que Andreasen⁷ denominó “la muerte de la fenomenología en los Estados Unidos”. El mismo panorama se repitió en otros países. En la medida en que el uso del DSM-III o DSM-IV se asoció a una renuncia a la riqueza de la descripción fenomenológica y a la complejidad de la psicopatología, se llegó a aquello mismo que se buscaba evitar, esto es, a la irrelevancia de los conceptos diagnósticos. Una misma categoría diagnóstica podía recubrir realidades humanas muy diferentes entre sí, cuyas particularidades, necesarias para un encare terapéutico del paciente y no sólo de la enfermedad, no ayudaba a reconocer.

El problema del diagnóstico en el psicoanálisis uruguayo

Desde su fundación en 1955, la influencia dominante en la Asociación Psicoanalítica Uruguaya (APU) fue la de Sigmund Freud*. Si bien Freud no se propuso formular un sistema diagnóstico completo, distinguió las neurosis, las psicosis y las perversiones y, dentro de las neurosis, diferenció las psiconeurosis (neurosis histérica, neurosis fóbica o histeria de angustia y neurosis obsesiva), en las cuales los conflictos inconscientes juegan un papel determinante y a las que consideraba las más aptas para el tratamiento psicoanalítico, frente a otros

*Las influencias dominantes en otras corrientes fueron otras, como es el caso de la corriente inspirada en la obra de C. G. Jung.

tipos de neurosis (neurosis actuales, neurosis de guerra, etc.), en las que era preciso tomar en cuenta factores de otro tipo. Con el correr del tiempo, nuevos autores fueron agregando nuevas categorías diagnósticas (por ejemplo, O. Kernberg, H. Kohut, A. Green, entre muchos otros), lo cual aumentó la riqueza de las conceptualizaciones clínicas pero también aumentó el riesgo de un caos terminológico y conceptual.

En los comienzos del grupo psicoanalítico uruguayo, junto con la obra de S. Freud, tuvieron una fuerte gravitación las de Melanie Klein y de W. R. Bion. Ellas llevaron a distinguir lo que se denominó la parte neurótica y la parte psicótica de la personalidad, como dos formas distintas, existentes en grado variable en todo individuo, de manejar la realidad interna y externa sobre la base de diferentes ansiedades, fantasías inconscientes y mecanismos de defensa. J. Bleger⁸, psicoanalista argentino, fue tal vez quien con mayor rigor metodológico intentó construir indicadores clínicos que permitieran operacionalizar estos conceptos para su uso diagnóstico, tarea que su muerte prematura, en 1972, dejó inconclusa. En las décadas siguientes, en Uruguay, la influencia del psicoanálisis francés y en especial de la obra de Jacques Lacan, llevó a revalorizar los conceptos diagnósticos originales freudianos y a desarrollar nuevas perspectivas que condujeron a prestar atención a las fallas en la estructuración psíquica relacionadas con procesos de desmentida que llevan a déficits en los procesos de simbolización^{9, 10}.

El tema del diagnóstico nunca fue en realidad una prioridad del grupo uruguayo, en el que tuvieron escasa repercusión las variadas propuestas diagnósticas que se formularon en la comunidad psicoanalítica internacional. En nuestro medio se puso mayor énfasis, como dije, en lo singular e inabarcable de cada paciente. Esto aparejó una ventaja, pues fortaleció la escucha de aquellas metáforas o descripciones co-construidas entre paciente y analista que permitían captar mejor las experiencias propias del análisis. Se ha comprobado¹¹⁻¹³ que cada psicoanalista trabaja influido por teorías implícitas personales que se van desarrollando a lo largo de la vida y enriquecen su comprensión clínica. Pero esta actitud de escucha abierta y provisional necesita acompañarse de un

segundo momento de observación clínica y reflexión crítica más rigurosa, que busque traducir estas experiencias singulares en conceptos más generales, pues de lo contrario conducen a una deriva conceptual que puede debilitar el anclaje clínico de los conceptos y vaciarlos de significado, al utilizar distintos autores las mismas palabras para designar cosas muy diferentes, o denominar de forma distinta a las mismas cosas.

El momento actual es oportuno para que el psicoanálisis vuelva a interesarse por la tarea diagnóstica. Existe hoy día una creciente conciencia de que es necesario identificar el tipo de pacientes que se beneficia más con alguno de los diferentes recursos psicoterapéuticos y farmacológicos disponibles. Esto constituye una responsabilidad profesional hacia los pacientes pero también hacia el sistema de salud, que, como ocurre en todo el mundo, necesita información diagnóstica sobre el tipo de pacientes que recibe las prestaciones y sobre su evolución. Este camino requiere que la psiquiatría, el psicoanálisis y las distintas psicoterapias encuentren la forma de hacer compartibles sus distintos lenguajes.

Diagnosticar no es etiquetar sino conceptualizar

El término “diagnóstico” es utilizado por múltiples disciplinas para designar el proceso analítico que conduce a identificar fenómenos, de acuerdo con un sistema conceptual que es tomado como referencia. En las ciencias de la salud tiene un sentido muy específico: el de identificar la situación de una persona en relación con sus procesos de salud y enfermedad, o, dicho más directamente, el de saber qué es lo que le está pasando para poder, en consecuencia, saber cómo tratarlo.

El diagnóstico psiquiátrico constituye, como señala con razón H. Casarotti¹⁴, el paso primero y fundamental de la atención psiquiátrica y del “saber-hacer” del psiquiatra. Cabe agregar que lo mismo vale para cualquier acción en salud mental, sea individual o colectiva. Para ello el diagnóstico debe estar apoyado en conceptos y en procedimientos que posean validez, confiabilidad y utilidad clínica, tres conceptos que conviene subrayar. El proceso diagnóstico

no termina en la primera entrevista, aunque ella pueda ser importante, sino que continúa a través del tiempo y puede incluir diversas perspectivas especializadas (por ejemplo, diagnósticos de especialidades médicas, de laboratorio, psicológico, neuropsicológico, psicoanalítico, familiar, psicosocial, etc.). Cada una de ellas puede pasar a primer plano, si lo requiere así la atención del paciente. No tiene sentido, por tanto, contraponer diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico psicoanalítico, pues en principio ambos deben ser complementarios. Todas las perspectivas diagnósticas comparten ciertas preguntas básicas (¿Qué le pasa al paciente? ¿Qué es necesario tomar en cuenta para poder atenderlo mejor?) Y la tarea del clínico a cargo del paciente es formular un plan terapéutico coherente a partir de todas ellas. Pueden, eventualmente, surgir zonas de conflicto entre las distintas disciplinas, las cuales serán abordadas en la práctica según las responsabilidades profesionales en juego en cada situación. A largo aliento, el desafío para todas las disciplinas involucradas es convertir estas zonas de conflicto en tema de investigación, de modo que la respuesta se apoye lo más posible en la mejor evidencia disponible, como lo pide la práctica basada en evidencias.

Aunque algunos sistemas diagnósticos como el DSM-IV pretendan ser ateóricos, su marco conceptual no es ajeno a las influencias filosóficas, ideológicas y culturales del momento. En el caso del DSM-IV es perceptible la influencia del modelo biomédico, aun cuando la medicina y la psiquiatría actuales son conscientes de la necesidad de no sustituir un enfoque bio-psico-social por uno bio-bio-bio o psico-psico-psico, al decir del ex-presidente de la APA, S. S. Shafstein¹⁵. Pero dar concreción a este enfoque* es una tarea compleja y obliga a no olvidar que tanto la psiquiatría como el psicoanálisis asientan sobre diversas tradiciones filosóficas que a veces están en tensión entre sí. El psicoanálisis tiene un método específico de exploración de los problemas psíquicos, pero sus hipótesis teóricas pertenecen en realidad a dos tradiciones diferentes, a saber, la de las ciencias de la naturaleza y las ciencias de la cultura. Freud intentó desarrollar una ciencia similar a las ciencias naturales a partir de un

método interpretativo, que proviene de la tradición hermenéutica; por un lado necesita una comprensión idiográfica, esto es, referida a lo particular y único**, pero para desarrollarse como disciplina le es necesario formular criterios e hipótesis de alcance general, lo cual lo aproxima a las ciencias nomotéticas***. De hecho el psicoanálisis y la psiquiatría incluyen preguntas y problemas de distinta naturaleza y es preciso responderlos desde distintas aproximaciones y metodología****.

La discusión actual sobre el diagnóstico ha llevado a poner el acento en los aspectos metodológicos, relacionados con la operacionalización de las definiciones. Este desafío ha sido aceptado tanto por el DSM-5 como por los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Operacionalizar significa definir los conceptos a partir de las operaciones y procedimientos que les dan origen, lo cual significa relacionar las formulaciones abstractas de una teoría a los términos observables en los que se apoya¹⁶. El OPD-2, que asumió esta tarea en forma sistemática, debió hacer frente a las dificultades que plantea la irrenunciable subjetividad del entrevistador***** (por ejemplo, en conceptos como los de contratransferencia, etc.). Esto llevó al OPD-2 a poner especial cuidado en evaluar la validez y confiabilidad de los conceptos usados.

Una categoría diagnóstica posee validez* si

*Prefiero el término enfoque al de modelo, por cuanto es menos ambicioso y responde mejor a la situación del conocimiento actual, en que no es posible un modelo unificador global sino aproximaciones parciales que respeten la complejidad de las relaciones entre los distintos niveles de los fenómenos cuando se estudian problemas específicos.

**A veces se confunde diagnosticar con "etiquetar". En realidad esto no es así, pues diagnosticar es conceptualizar, o sea, abstraer caracteres comunes y generalizar, mientras etiquetar sólo puede utilizarse para designar lo singular y único, para lo cual se utilizan los nombres propios

u otras marcas que sirven como rótulos. El diagnóstico de un trastorno de personalidad no significa cosificar a una persona sino identificar un patrón recurrente de modos de pensar, sentir y actuar. Pero también es cierto que no se puede impedir que los diagnósticos, como cualquier concepto útil, puedan a veces ser mal empleados y ser utilizados para etiquetar, denigrar o violar la confidencialidad de las personas.

***La distinción entre disciplinas idiográficas y nomotéticas se debe a Windelband, y forma parte de una discusión más general que se dio a principios de siglo sobre las diferencias entre las ciencias

naturales y las ciencias de la cultura, polémica cuyos ecos y nuevas versiones continúa en la actualidad.

****Tampoco es posible descuidar los problemas filosóficos subyacentes. Cuando nos preguntamos si los trastornos mentales constituyen entidades reales o son simples convenciones lingüísticas o construcciones culturales e históricamente condicionadas como sostiene el constructivismo, encontramos que esta discusión puede retrotraerse a discusiones clásicas de la filosofía sobre el tipo de realidad que poseen las entidades abstractas, como la que se dio entre el realismo, el nominalismo y el conceptualismo. Estas cuestiones son inevitables, pues diagnosticar significa, precisamente, relacionar lo particular con lo general. El OPD-2 comienza con una cita de Goethe que dice: "Lo especial siempre está sujeto a lo general; lo general siempre tendrá que remitirse a lo especial".

*****En sus inicios, el operacionalismo, como postura filosófica, se opuso al uso de conceptos de naturaleza mental o subjetiva. Sin embargo, la historia de las ciencias sociales mostró que, a nivel metodológico, era posible dar definiciones operacionales de muchos de estos conceptos. Esto está de acuerdo con la tendencia al pluralismo metodológico que predomina en la epistemología actual, el cual aconseja no excluir campos del conocimiento, sino desarrollar los procedimientos necesarios para buscar la información relevante allí donde ella se encuentra.

*El análisis de la validez debe mucho a la tradición psicométrica. La validez "a la vista" ("face validity") surge del examen directo. Cuando se examina la "validez de contenido" se busca determinar el grado en que los aspectos relevantes del concepto están presentes en la evaluación y la "validez de constructo" evalúa si las distintas facetas del concepto están adecuadamente contempladas. La "validez convergente" valora en qué medida coinciden entre sí los diversos procedimientos diagnósticos y la "validez discriminante" complementa a la anterior, mostrando en qué grado el procedimiento empleado logra diferenciar a un fenómeno de otros similares. Estas consideraciones tienen importancia metodológica, pues, como diré más abajo, algunas críticas al diagnóstico del DSM-IV se dirigieron a fallas en la validez de constructo, convergente y discriminante de varias de sus categorías.

** Es como si nos preguntáramos si los cambios de temperatura del agua constituyen un fenómeno continuo o si se trata de un cambio entre estados diferentes (hielo, líquido, gas). Obviamente ambas perspectivas son válidas y deben ser utilizadas según el aspecto que interese considerar. Las acciones terapéuticas (y las responsabilidades profesionales) a veces pueden guiarse jerarquizando la continuidad entre lo sano y lo enfermo, pero en otras ocasiones (por ejemplo, si hay que decidir internar o no internar) pasa a primer plano

recoge características centrales del fenómeno. Es confiable o consistente si muestra que existe acuerdo entre evaluaciones realizadas por distintos clínicos (medido por el "acuerdo entre evaluadores") o en distintos momentos ("confiabilidad test-retest"). Como test estadístico de confiabilidad suele utilizarse el índice kappa de Cohen. Para la mayoría de los trastornos, el DSM-IV logró un acuerdo entre investigadores de nivel aceptable o excelente, sobre todo cuando se utiliza la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) aplicada a los trastornos del eje I. La confiabilidad test-retest no es tan buena en el caso de los trastornos de la personalidad. El desafío para los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos ha sido el de lograr índices kappa igualmente o incluso más satisfactorios que el DSM-IV, exigencia que el OPD-2 ha mostrado que puede cumplir.

Una cuestión importante que los nuevos sistemas diagnósticos debieron enfrentar tiene que ver con la naturaleza categorial o dimensional de los fenómenos en estudio. ¿Son salud y enfermedad dos categorías distintas o son variaciones de grado dentro de un mismo continuo? La misma pregunta vale para las diferencias entre trastornos, que pueden ser alternativamente considerados como pertenecientes a clases distintas o como valores dentro de espectros de naturaleza continua. Creo que una virtud de los nuevos sistemas diagnósticos es evitar la dicotomía entre lo categorial y lo dimensional** y combinar

la necesidad de distinguir entre estados distintos que requieren acciones también distintas.

***La importancia dada a las diferencias estadísticas (medida a través de los valores p, que sirven para rechazar la hipótesis nula) ha hecho perder de vista que a veces esta diferencia estadística tiene muy escasa significación clínica. Un tratamiento o fármaco puede ser estadísticamente superior a otro o al placebo, pero esto puede deberse a que en una muestra

numerosa se han producido cambios pequeños en algunos ítems de un test, sin que esto implique cambios perceptibles en la calidad de vida de los pacientes.

****En el 2006, el entonces presidente de la APA, Steven Sharfstein, anunció a D. J. Kupfer como Chair y a D. A. Regier como Vice-chair del comité encargado del desarrollo del DSM-5. El comité sobre personalidad y trastornos de la personalidad está presidido por Andrew E. Skodol.

ambas perspectivas, reabriendo la discusión desde una perspectiva más útil, a saber, sobre cuáles aspectos del diagnóstico se describen mejor desde una perspectiva categorial y cuáles desde una dimensional.

Un sistema diagnóstico debe poseer utilidad clínica, lo que significa que debe abarcar el conjunto de trastornos que se ven en la práctica, facilitar su reconocimiento y ser suficientemente amigable para que pueda ser utilizado por personas con el entrenamiento promedio. A la vez debe servir para la investigación científica, criterio afortunadamente compartido tanto por el DSM-5 como el OPD-2 y el PDM. Hoy existe suficiente evidencia de que los cambios que produce no sólo la farmacoterapia sino también la psicoterapia pueden ponerse de manifiesto por medio de investigaciones estadísticas de proceso y resultados acordes con las exigencias de la Medicina Basada en Evidencias y que también son evidenciables por el estudio imagenológico de los cambios cerebrales^{17, 18}. Pero si bien estas investigaciones deben ser jerarquizadas, conviene no divorciarlas de la investigación clínica. Clínica e investigación deben informarse mutuamente, pues a veces la investigación destaca la significación estadística sin examinar suficientemente si la investigación posee significación clínica***¹⁹. Los juicios clínicos expresan las observaciones e inferencias que surgen de la experiencia clínica directa con una persona, mientras que la investigación estadística cuantitativa formula generalizaciones sobre la distribución de las variables y sus relaciones mutuas en una población dada²⁰. Clínica e investigación deben complementarse cuidando que una no ocupe el lugar que le corresponde a la otra.

El manual de diagnóstico y estadística, 5ª versión (DSM-5)

A comienzos de 2010, luego de un trabajo de cerca de 10 años que involucró a más de 500 especialistas de todo el mundo, agrupados en 13 Comités****, la Asociación Psiquiátrica Americana dio difusión a los lineamientos que guiarán al nuevo DSM, el DSM-5 (esta vez el número de la versión se escribe con números

arábigos), cuya versión definitiva se anuncia para mayo del 2013*. Esta revisión busca ajustar el DSM a los avances de la clínica y de la investigación, de modo que los diagnósticos sean más precisos, confiables y útiles para la práctica psiquiátrica.

Mientras que el DSM-IV se mantuvo dentro de los lineamientos generales del DSM-III, el DSM-5 apunta a una revisión mayor. Se propone unir los ejes I, II y III en un único eje, aproximándose al sistema CIE, cuya nueva versión (CIE-11) está anunciada para 2014. También se está estudiando utilizar escalas comunes con el CIE para los ejes IV y V. Señalaré, sin la intención de ser exhaustivo, algunos de los cambios propuestos. En muchos casos el diagnóstico categorial se combinará con el dimensional, utilizando las dimensiones para describir fenómenos de distribución continua. Se incluye la evaluación dimensional de síntomas que atraviesan los distintos trastornos ("cross cutting assessment") tales como la ansiedad, el humor depresivo, los trastornos del sueño, el consumo de sustancias, etc., pues se los considera útiles no sólo para el diagnóstico, sino también para el pronóstico, la planificación y la evaluación de los resultados del tratamiento. Con fines de prevención se incluyen formas premórbidas o iniciales de los trastornos, por ejemplo, síndrome de riesgo de psicosis. Se estudia la inclusión de la opinión del paciente sobre su calidad de vida y sobre la atención recibida recogida a través de un sistema computarizado (Patient Reported Outcomes Measurement System, PROMIS**), utilizado también para enfermedades orgánicas. La definición de numerosos trastornos sufre algún tipo de modificación, más o menos importante, punto en el que no entraré aquí.

Estas propuestas están aún en fase de testeo empírico para saber si son aplicables a la práctica clínica. Pero aun cuando sean provisionales y estén abiertas a la discusión, resulta interesante cotejarlas con los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Me focalizaré en el diagnóstico de los TP, pues es uno de los campos que sufre mayores modificaciones en el DSM-5 y que se presta mejor para una comparación de los tres sistemas***.

Los trastornos de personalidad (TP) en el DSM-IV: limitaciones del eje II

El eje II del DSM-IV venía siendo objeto, desde bastante tiempo atrás, de fuertes cuestionamientos por parte de clínicos y de investigadores que le objetaban la falta de validez de las categorías diagnósticas, la inestabilidad de los diagnósticos, la arbitrariedad de los umbrales y el alto grado de comorbilidad. Desarrollaré algunas de estas críticas siguiendo a Shelder y Westen²⁰:

– En el DSM-5 el diagnóstico de los TP se realiza combinando síntomas que son muy heterogéneos entre sí en su naturaleza e importancia.

– Los puntos de corte para decidir la inclusión o exclusión de un ítem son arbitrarios (por ejemplo: ¿cuán poca empatía es falta de empatía?).

– Las categorías diagnósticas en realidad se podrían evaluar como si fueran rasgos dimensionales (las personas pueden ser más o menos paranoides, narcisistas, evitativas, dependientes, etc.).

– El nivel de comorbilidad de distintos TP es exageradamente alto (es habitual que haya 4 o más diagnósticos para la misma persona), lo cual pone en duda la validez discriminante del sistema.

– La mayoría de las personas (cerca del 60%) que califican para la categoría general de TP del DSM-IV no coincide con ninguna de las categorías diagnósticas específicas.

– En contrapartida, estas categorías agrupan pacientes que son demasiado heterogéneos entre sí en aspectos relevantes.

– Algunas categorías (por ejemplo, TP paranoide) están en realidad basadas en la reiteración con diferentes palabras de un mismo rasgo (susplicacia).

– La confiabilidad test-retest es baja, lo cual indica una falta grave de confiabilidad del método, puesto que se trata de diagnosticar trastornos que se supone que tienden a persistir en el tiempo.

* Su presentación oficial está anunciada para la reunión anual de la APA que tendrá lugar en San Francisco en ese año.

** Más información al respecto disponible en: <http://www.nihpromis.org/default.aspx>

*** La búsqueda realizada en Scholar.Google y en PubMed no muestra trabajos que comparen entre sí el DSM-5, el OPD-2 y el PDM.

En el plano conceptual se ha señalado que la distinción entre eje I y eje II es arbitraria²¹. Se señaló también la ausencia de una dimensión relevante: la evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad y en especial de sus recursos y su capacidad de resiliencia así como de sus vulnerabilidades. Esta carencia lleva a que el diagnóstico ofrezca escasa orientación para planear un enfoque terapéutico más global. El sistema DSM, en opinión de los responsables del DSM-5²² corría el riesgo de volverse irrelevante si no realizaba los cambios necesarios.

Los trastornos de personalidad en el DSM-5

El comité sobre TP, presidido por A. E. Skodol, recomendó una reconceptualización profunda de la psicopatología de la personalidad. Los TP son definidos como fallas en el desarrollo del sentido de la identidad del self* y de la capacidad para el funcionamiento interpersonal que serían adaptativos en el contexto de las normas y expectativas de la cultura del individuo.

Estas fallas se manifiestan como perturbaciones nucleares del funcionamiento de la personalidad y como características extremas de al menos algún rasgo de la personalidad, que comienza en la adolescencia y que se mantiene a través del tiempo aunque cambien las circunstancias. Se conservan algunos de los tipos categoriales del DSM-IV que mostraron mayor validez y utilidad. En suma, los TP ya no se diagnostican sumando síntomas como en el DSM-IV, sino combinando la evaluación en los dominios señalados, que pasaré a examinar**.

A. La estimación del nivel de funcionamiento de la personalidad

Esta estimación se hace teniendo en cuenta el funcionamiento de la personalidad (normal o patológica) en relación con el self o sí mismo y en relación con los otros. Dado que estos criterios servirán de base para la comparación con el OPD-2 y el PDM, pasaré a detallarlos.

1. Funcionamiento en relación con el self

1.i. Integración de la identidad

Incluye: a) la regulación de los estados del self; b) la coherencia del sentido del tiempo y de la historia personal; c) la capacidad para experimentar la unidad del self y para identificar claramente los vínculos entre el self y los otros; y d) la capacidad para la autorreflexión.

1.ii. Integridad del concepto del self

a) Regulación de la autoestima y del respeto por sí mismo; b) el sentimiento de constituir una agencia autónoma; c) la valoración o apreciación de sí mismo; y d) las cualidades de las representaciones del self (por ejemplo, complejidad, diferenciación e integración).

1.iii. Capacidad del self para dirigirse a sí mismo (“self directedness”)

a) Establecimiento de normas internas para la propia conducta y b) coherencia y significación a corto plazo de las metas vitales.

2. Funcionamiento en el dominio interpersonal

2.i. Empatía

Incluye: a) capacidad de mentalizar (o sea, de crear un modelo adecuado de los pensamientos y emociones de otra persona); b) de apreciar las experiencias de otros; c) atención a la variedad de las opiniones de otros; y d) comprensión de la causalidad social.

2.ii. Intimidad y cooperación

A saber: a) la profundidad y duración de la conexión con otros; b) la tolerancia y el deseo de cercanía; y c) la reciprocidad en la consideración y apoyo y su reflejo en el comportamiento interpersonal y social.

2.iii. La complejidad e integración de las representaciones de los otros

a) La cohesividad, complejidad e integración de las representaciones mentales de otros y b) el uso de las representaciones de los otros para regular el self.

* Conservo el término self, ya habitual en el lenguaje técnico, en vez de traducirlo por “sí mismo”. A menos que se especifique lo contrario, las traducciones de textos en inglés son mías.

** El DSM-5 utiliza “dominio” para referirse a las dimensiones o incluso áreas en un sentido general; “rasgo” para referirse a características de la personalidad; “facetas”, o “facetas de los rasgos”, cuando se trata de rasgos de nivel más bajo que forman parte de un rasgo más general; y “dimensión” para designar un continuo de naturaleza escalar.

D. Bender²³ expone así el fundamento de la importancia que se le da a las fallas del funcionamiento del self y de las relaciones interpersonales: “... la severidad generalizada es el más importante predictor aislado de la disfunción concurrente y prospectiva”, esto es, constituye el mejor indicador de la existencia de otras disfunciones de la personalidad en el presente y en el futuro²⁴. Resulta legítimo, por tanto, dar peso diagnóstico a la ubicación del individuo en un continuo de severidad de la disfunción, pues esta disfunción refleja características sustanciales del modo en que la persona se ha estructurado en sus relaciones internas y externas. Bender señala con claridad que este funcionamiento refleja la acción del temperamento, de los procesos del desarrollo y de los factores ambientales actuales. Cita al respecto los “modelos de trabajo interno” (“internal working models”), descritos por la teoría del apego de Bowlby, que describen estructuras psíquicas que regulan la forma en la que la persona se relaciona consigo y con los otros y que son necesarias para la regulación emocional.

Como queda a la vista, muchas de estas consideraciones son compartibles por el psicoanálisis. La teoría del apego de Bowlby se relaciona no solo con su obra psicoanalítica sino también con uno de los campos de investigación del desarrollo más fructíferos actualmente.

El nivel de perturbación de la personalidad se evalúa de acuerdo con una escala de 0 a 4, y para cada uno de estos cinco niveles se ofrece una descripción prototípica. Para dar una idea de ella tomaré como ejemplo el comienzo de la descripción del nivel 3 (perturbación seria):

“Self: existe una incapacidad para pensar sobre la experiencia propia. Los estados del self están desregulados y pueden ocurrir sin que sean percibidos y/o ser experimentados como externos al self. La experiencia de una identidad única está virtualmente ausente, así como cualquier sentido de continuidad de la historia personal. Los límites con los otros están confundidos o faltan. El concepto del self es difuso...”

Interpersonal: La capacidad para considerar y comprender la experiencia de los otros y sus motivaciones están significativamente perturbadas, y la atención hacia los otros está virtualmente ausente (la atención es hipervigilante, focalizada en atender las necesidades y evitar el daño). Las interacciones sociales pueden ser confusoras o desorientadoras. El deseo de pertenencia está limitado por la expectativa de daño. El compromiso con los otros es desapegado, desorganizado o consistentemente negativo...”

B. Los tipos principales de trastornos de personalidad

El DSM-5 propone reducir el número de categorías o prototipos de trastornos principales a los siguientes: 1) trastorno borderline (fronterizo o límite); 2) antisocial/psicopático; 3) esquizotípico; 4) evitativo; 5) obsesivo-compulsivo. La reducción fue decidida sobre la base de estudios que mostraron que estas cinco categorías eran las que poseían mayor validez y utilidad clínica.

La forma de describir los trastornos cambia también sustancialmente. No se ofrece una lista de síntomas sino un formato narrativo que combina aspectos nucleares que se expresan en el funcionamiento de la personalidad visto más arriba, con comportamientos y rasgos característicos, configurando prototipos que el clínico debe comparar con el paciente en estudio y decidir el grado de concordancia entre ambos.

Las categorías que quedan suprimidas (trastornos esquizoide, paranoide, histriónico, narcisista y dependiente) son sustituidas por una evaluación a través de la combinación de rasgos, sumada al funcionamiento de la personalidad en las áreas del self e interpersonal*.

Para ilustrar la forma en la que son descritos los prototipos, transcribiré los primeros párrafos de la descripción de los trastornos borderline²⁵:

* El trastorno esquizoide puede ser evaluado a través de los rasgos de retracción social, distanciamiento social, evitación de la intimidad, afectividad restringida y anhedonia. El trastorno paranoide a través de los rasgos de suspicacia, evitación de la hostilidad, y creencias inusuales. El histriónico, por los de histrionismo y labilidad emocional. El trastorno narcisista por los rasgos de narcisismo, manipulatividad, histrionismo y dureza. El dependiente, por los rasgos de sumisión, ansiedad e inseguridad ante las separaciones.

* Se consideran los siguientes rasgos y facetas: 1) Emocionalidad negativa: labilidad emocional, ansiedad, sumisión, inseguridad ante la separación, pesimismo, baja autoestima, culpa/vergüenza, autoagresión, depresividad, desconfianza; 2) Introversión: retracción social, distanciamiento social, afectividad restringida, anhedonia, evitación de la intimidad; 3) Antagonismo: insensibilidad, manipulatividad, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión, oposicionalidad, engaño; 4) Desinhibición: impulsividad, distractibilidad, imprudencia, irresponsabilidad; 5) Compulsividad: perfeccionismo, perseveración, rigidez, orden, aversión a los riesgos; 6) Esquizotipia: percepciones inusuales, creencias inusuales, excentricidad, disregulación cognitiva, tendencia a la disociación.

“Los individuos que entran en este trastorno de la personalidad tienen un concepto del self extremadamente frágil que es fácilmente alterado y fragmentado bajo estrés y resulta en la experiencia de la falta de identidad o sentimientos crónicos de vacío. Como resultado tienen una estructura del self empobrecida o inestable y dificultad para mantener relaciones íntimas duraderas. La autovaloración está a menudo asociada con la autodepreciación, desprecio por sí mismo, rabia, y desánimo. Los individuos con este trastorno experimentan impulsos rápidamente cambiantes, intensos, impredecibles y reactivos, y pueden sentirse extremadamente ansiosos o deprimidos. Pueden también enojarse o ponerse hostiles, y sentirse incomprendidos, destrutados o victimizados....”.

C. Los rasgos de la personalidad

Se incluyen seis rasgos: 1) emocionalidad negativa, 2) introversión, 3) antagonismo, 4) desinhibición, 5) compulsividad y 6) esquizotipia. Cada uno de estos rasgos a su vez incluye entre 4 y 10 facetas de orden más bajo, lo que ofrece un total de 37 facetas para construir el perfil del paciente*.

La propuesta sobre los rasgos se originó en el denominado “modelo de los 5 factores”, el cual fue modificado para incluir la compulsividad y la esquizotipia. Se espera que la descripción sobre la base de rasgos permita eliminar la comorbilidad del DSM-IV, clarificar la heterogeneidad de las categorías, incrementar la estabilidad de los diagnósticos, reconocer la naturaleza continua de los fenómenos y mejorar la validez discriminante y convergente.

Modo de formular el diagnóstico

El diagnóstico consignará:

A. El nivel de funcionamiento de la personalidad en una escala que va de 0 (sin perturbación) a 4 (perturbación extrema).

B. El grado de concordancia del caso con cada uno de los 5 prototipos de personalidad descritos (trastorno borderline, antisocial/psicopático, esquizotípico, evitativo y obsesivo-compulsivo). El grado de concordancia con cada uno de ellos puede ir de 5 (muy bueno) a 1 (inexistente).

C. Se consignan los rasgos de la personalidad que llegan a nivel 3 (extremadamente descriptivo) y 2 (moderadamente descriptivo).

Sobre la base de lo anterior se llega a la decisión de si el paciente cumple con los criterios para TP (Sí/No).

Para un paciente con un trastorno borderline, el diagnóstico se formularía de la siguiente manera: *Existe un TP; que posee una perturbación del funcionamiento del self e interpersonal de nivel (...); con un grado (...) de coincidencia con el prototipo borderline; y para el cual los rasgos (...) resultan ser extrema o moderadamente descriptivos.*

Controversias sobre las modificaciones introducidas por el DSM-5

Resulta útil revisar algunas opiniones críticas al DSM-5, pues ellas ponen a luz aspectos que merecen ser discutidos en la actual etapa de revisión del texto.

A. Frances, quien presidió el comité anterior de la APA que elaboró el DSM-IV²⁶ considera que el estado actual del conocimiento no justifica cambios de la magnitud propuesta. Considera que el DSM-5 exigirá a los psiquiatras un reaprendizaje trabajoso, el cual será utilizado por la industria farmacéutica para sus propios fines. Esto podría llevar a nuevas “epidemias” diagnósticas, como las que provocó el DSM-IV. Sobre su propia experiencia con el DSM-IV comenta: “Aunque muchos otros factores estuvieron ciertamente en juego, el súbito aumento en los diagnósticos de trastornos autistas, de déficit atencional con hiperactividad y de trastornos bipolares,

puede en parte reflejar los cambios en las definiciones del DSM-IV. [...] La psiquiatría no debe entrar en el negocio de fabricar inadvertidamente trastornos mentales". Frances opina que con el loable propósito de favorecer la prevención, la introducción de categorías de riesgo podría incrementar la medicalización (y la medicación) de casos falsos positivos, efecto que también podría ser producido por la modificación de los umbrales diagnósticos de otros trastornos que surge a partir de las nuevas definiciones*²⁷. Respecto a la evaluación dimensional, en especial en los trastornos de la personalidad, si bien admite que su uso resulta más preciso que el de las actuales categorías borrosas, encuentra que las dimensiones propuestas son demasiado complejas, prematuras e insuficientemente testeadas como para que resulten aplicables en la práctica clínica.

Estas críticas fueron rechazadas por quienes encabezan los trabajos para el DSM-5, sosteniendo el valor práctico y la base en la evidencia de las nuevas propuestas^{22, 28}.

Desde el campo de la psicoterapia psicoanalítica y cognitivo-conductual también surgieron cuestionamientos. En un comentario editorial aparecido en el *American Journal of Psychiatry*, firmado por conocidas figuras del campo de la psicoterapia, algunos de los cuales son co-autores del PDM, a saber: Jonathan Shedler, Aaron Beck, Peter Fonagy, Glen O. Gabbard, John Gunderson, Otto Kernberg, Robert Michels, y Drew Westen²⁹, se señala algunos puntos de acuerdo y otros de franca discordancia con las propuestas del DSM-5. Los autores dan una bienvenida a la evaluación de la severidad de los trastornos, pues concuerdan en que un mismo trastorno del DSM-IV puede ir desde leves trastornos en las relaciones a una inhabilitación para la convivencia social. También están de acuerdo con las descripciones de los trastornos basadas en prototipos, pues consideran que las decisiones sobre la pertenencia a una categoría diagnóstica, se basan en realidad en la percepción del ajuste de un caso individual a un determinado prototipo que el clínico tiene en mente^{30, 31}. Sin embargo, no concuerdan en modo alguno en reducir los prototipos o categorías diagnósticas a cinco,

sobre la base del argumento de que las otras categorías no poseen suficiente evidencia surgida de investigaciones a su favor. Consideran que ausencia de evidencia no equivale a evidencia de ausencia y que sería un error excluir síndromes ampliamente confirmados en la práctica, pues esto introduciría una cuña entre la realidad clínica y los diagnósticos sancionados como válidos, por lo que instan a ampliar el sistema de prototipos de modo de no excluir síndromes que no son raros en la población y que están desde hace mucho identificados empíricamente. Igualmente críticos se manifiestan respecto a la inclusión de rasgos. Consideran que su definición proviene más de la psicología académica que de la clínica y que introducen una heterogeneidad en los criterios diagnósticos que complica inútilmente la práctica clínica y que difícilmente será incorporada por los psiquiatras clínicos, ya renuentes hoy a completar el diagnóstico del eje II. Por eso creen que dichos cambios tendrán un efecto contrario al esperado y no harán avanzar el diagnóstico de la personalidad en la práctica de todos los días²⁹.

P. Luyten y S. Blatt³² consideran que muchos de los supuestos sobre la naturaleza categorial de los trastornos mentales subyacentes al DSM-III y al DSM-IV no fueron confirmados por la investigación. Creen, en cambio, que la nueva aproximación dimensional nos coloca al borde de una nueva era en el diagnóstico psiquiátrico, que traerá cambios radicales en la conceptualización, clasificación y tratamiento de los trastornos mentales. Pero para que esta promesa se cumpla es necesaria una mayor integración de los modelos psicopatológicos guiados por la teoría con los modelos derivados de estudios empíricos. Opinan que el tipo de enfoque más útil para los clínicos será el que integre las interacciones entre los procesos psicosociales y neurobiológicos que están presentes en el desarrollo de la personalidad y en la psicopatología.

Estas controversias sugieren algunos comentarios. Merece ser destacada la concordancia existente sobre la utilidad de la evaluación dimensional de la severidad de los trastornos, que será la dimensión en la que me apoyaré para la comparación con el OPD-2 y con el

* Frances menciona al respecto: el déficit atencional con hiperactividad, las adicciones, los trastornos del espectro autista, los estados de duelo, la pedohebefilia, y otros cambios más generales, como ser la modificación de los criterios de severidad del trastorno. Cree que estos cambios además de aumentar la medicalización podrían traer consecuencias negativas a nivel legal y a nivel de las prestaciones de salud.

* Una operacionalización radical como vimos no es epistemológicamente exigible hoy día y es en el fondo una aspiración utópica, pues conceptos ateóricos puros no son posibles y ni siquiera deseables.

** El OPD-2, es, de los dos, el que metodológicamente ha llevado más adelante el proceso de operacionalización, estudiando los valores de confiabilidad y validez alcanzados.

PDM. La crítica a la disminución del número de trastornos parece bien fundamentada. En realidad, la experiencia clínica lleva más a ampliar los prototipos y a señalar subtipos dentro de ellos, que a disminuirlos. El alcance de la crítica al uso de rasgos es más difícil de evaluar. Resulta evidente que 37 facetas son excesivas e impracticables, introduciendo una heterogeneidad de criterios diagnósticos que resultará problemática. Sin embargo, no me parece que la observación clínica no incluya habitualmente el prestar atención a ciertos rasgos. Algunos de los incluidos en el DSM-5, como ser la emocionalidad negativa, la desinhibición, etc., son características que habitualmente están incluidas en la mirada diagnóstica. Probablemente las experiencias de campo del nuevo sistema puedan llevar a formulaciones más afortunadas.

Nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos: OPD-2 y PDM

Como señala R. Wallerstein³³, Freud no estaba primariamente interesado en desarrollar un sistema diagnóstico –aunque realizó numerosas e importantes contribuciones en ese sentido–, sino en describir configuraciones psicopatológicas que sirvieran de apoyo para el tratamiento psicoanalítico. En esas épocas existían escasas alternativas terapéuticas, pero a medida que se desarrollaron nuevos recursos terapéuticos y el psicoanálisis mismo dio origen a diversos enfoques psicoterapéuticos (grupo, familia, pareja, diversas formas de psicoterapia dinámica, etc.), se hizo sentir la necesidad de una aproximación diagnóstica más amplia para poder indagar cuál tratamiento resultaba más beneficioso para qué tipo de paciente. Se comprobó que la psicoterapia era requerida también por personas cuyos problemas desbordaban los cuadros clásicos. Al mismo tiempo el propio desarrollo interno del psicoanálisis hizo necesario identificar no solo los cuadros que podían interpretarse como el efecto de conflictos inconscientes, sino también los efectos de fallas o déficits a nivel de la estructuración y funcionamiento de la personalidad, cuyos efectos se intrincaban con los de los conflictos. Las descripciones

clínicas tradicionales resultaron para muchos insuficientes e insuficientemente operacionalizadas, lo que hizo surgir la necesidad de nuevos enfoques. En los últimos años surgieron dos propuestas de sistemas diagnósticos operacionalizados que buscan hacer frente a estas necesidades. La primera de ellas surgió en Alemania (OPD-2) y la segunda en Estados Unidos (PDM). Aunque tienen una creciente difusión en muchos países, algunos de ellos de nuestra región, estas propuestas aún no han tenido suficiente divulgación en Uruguay, por lo que resulta útil su presentación aquí.

La operacionalización de los conceptos psicoanalíticos no es fácil y es aún resistida por muchos psicoanalistas que creen que puede llevar a la desnaturalización de dichos conceptos. El OPD-2 resume claramente las decisiones que fue necesario tomar, y los costos y beneficios de esta operación. En primer lugar, se debe encontrar un “mínimo común múltiple” entre las variadas acepciones que un mismo término posee para diferentes escuelas psicoanalíticas. En segundo lugar, es necesario buscar formas de operacionalización que sean a la vez firmes en cuanto a la traducción de los conceptos psicoanalíticos a términos con base fenomenológica, pero sin pretender desconocer su filiación y el marco conceptual en el que se originaron*. Para dar un ejemplo sencillo, la expresión “reproches del superyó” es sustituida en el OPD-2 por “sentimientos de culpa”, lo cual se sitúa más cerca de la experiencia clínica. El grado en que estas soluciones de compromiso son exitosas debe ser evaluado en función de un doble requisito cuyo punto medio no es siempre fácil de lograr: por un lado la traducción operacionalizada debe conservar el mayor grado de riqueza del original y por otro, a nivel metodológico, debe alcanzar un nivel aceptable de validez y confiabilidad cuando se la pone a prueba empíricamente**.

El modelo implícito del OPD-2 y del PDM sigue siendo biopsicosocial y es bidireccional, dado que se postula una compleja multifactorialidad entre los fenómenos de nivel somático y psicosocial. Se parte del carácter dimensional y continuo de los fenómenos en estudio, pero no por ello se niega la existen-

cia de diversos umbrales, los cuales marcan transiciones clínicamente significativas entre diferentes trastornos o entre situaciones de salud y enfermedad. Las explicaciones de tipo causal y las hermenéutico-comprensivas son consideradas, ambas, válidas, siempre que se especifique el tipo de problema para el que se recurre a ellas, se respete su margen de validez y no se pretenda ensamblarlas en un conocimiento unificador a priori sobre el ser humano.

Manual de psicodiagnóstico operacionalizado (OPD-2)

El OPD-2 (Operationalized Psychodiagnostic Manual, versión 2, surgió como resultado del trabajo en el que participaron numerosos psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras alemanes. La primera versión (OPD-1) vio la luz en 1996 y en el 2006 apareció la segunda versión (OPD-2), con Manfred Cierpka como figura de referencia. Existe una adaptación para niños y adolescentes no incluida en el manual para adultos y que no será considerada aquí. La traducción al español se realizó bajo la responsabilidad de Guillermo de la Parra.

El OPD-2 constituye un sistema diagnóstico multiaxial, complementario al sistema CIE. La segunda versión difiere de la primera en que profundizó la interrelación entre los cinco ejes diagnósticos que lo componen, jerarquizó la evaluación de los recursos naturales del paciente para el cambio y mejoró la identificación del foco terapéutico desde una perspectiva dinámica, pero que busca ser también útil para otros enfoques psicoterapéuticos. Como señalé más arriba, el nivel de confiabilidad de los distintos diagnósticos, evaluado de acuerdo con el índice kappa de Cohen, es entre bueno y excelente, y resulta comparable a la alcanzada por el DSM. El manual contiene también referencias a estudios sobre la validez de los constructos y un resumen de los puntos abiertos a futuras investigaciones. Si bien el manual puede ser usado con beneficio por los lectores como una orientación para la tarea clínica, el entrenamiento recomendado incluye un curso básico y dos complementarios de veinte horas cada uno*.

Expondré a continuación los cinco ejes diagnósticos, que, como dije, buscan aprehender los aspectos cardinales del paciente de modo que sirvan para el tratamiento psicoterapéutico.

Eje I: vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento

El eje I del OPD-2 busca poner de manifiesto la perspectiva del paciente sobre su sufrimiento y sus expectativas de ayuda, jerarquizando la relación entre los factores estresantes y los recursos de la personalidad.

Este eje incluye:

- La gravedad y evolución del padecimiento y la evaluación del funcionamiento global.
- El concepto y la vivencia subjetiva que el paciente tiene de su enfermedad y la presentación de los síntomas y problemas sociales.
- El concepto de cambio, el tratamiento deseado a nivel somático, psicoterapéutico y social.
- Los recursos personales para el cambio y la capacidad de mentalización.
- El apoyo psicosocial para el cambio.
- Los obstáculos internos y externos para el cambio, la ganancia secundaria de la enfermedad y otras condiciones que pueden mantener el problema.

Estos ítems permiten al entrevistador establecer la relación inicial con el paciente, ubicándose en el punto en que el paciente está en cuanto a la comprensión de sus problemas y valorando los factores favorables o desfavorables para el trabajo futuro. Hace uso de nociones procedentes de distintos campos (por ejemplo, coping, resiliencia, etc.) a las que busca integrar desde una perspectiva dinámica.

Eje II: relación

La relación transferencial-contratransferencial juega un aspecto central en la teoría psicoanalítica, perspectiva que es compartida

* En Chile se han desarrollado actividades en ese sentido a cargo de Guillermo de la Parra y Francisco Alvarado.

* En esto juegan un papel importante las investigaciones de CCRT.

** Existen diferentes clasificaciones de estos sistemas, pero tal vez una de las más conocidas es la de Panksepp, que menciona cinco sistemas básicos: el de búsqueda, el de placer-sexualidad, el de rabia-autoafirmación, el de miedo-seguridad, el de separación-vínculo y el de cuidados.

por el OPD-2. Pero no pretende evaluarla como tal en las entrevistas diagnósticas, sino más bien estudiarla a través de las dinámicas relacionales que se objetivan en la relación y que pueden ser cotejadas con las que surgen del relato del paciente. En consecuencia, importa la identificación de *patrones relacionales disfuncionales** que combinan lo que el paciente percibe en sí mismo con lo que otros (incluido el entrevistador) perciben en el encuentro con él. Los patrones relacionales son disfuncionales cuando generan pautas de relación fijas que no tienen en cuenta las características de los otros, generando malestar y sufrimiento en uno mismo y/o en los demás. En la relación transferencial con el entrevistador se re-escenifican estos patrones (“*enactment*”)³⁴. Los patrones relacionales son vistos como formaciones psicosociales de compromiso, que surgen de deseos y temores conscientes o inconscientes que se ponen en juego en la relación con los otros y que en los pasos siguientes del proceso diagnóstico serán relacionados con los conflictos (eje III) y/o con las fallas en la estructura psíquica (eje IV).

Para describir los roles que el paciente y los otros cumplen en estas re-escenificaciones el OPD-2 recurre al modelo circunflejo, tomando en cuenta posiciones o modos de conducta respecto a una serie de dimensiones relacionadas con la libertad, el afecto, la idealización y el cuidado. Las dinámicas relacionales que se pueden construir basadas en ellos, son analizadas desde cuatro perspectivas, a saber:

- el modo en que el paciente se vivencia a sí mismo
- el modo en que vivencia a los otros
- cómo los otros lo vivencian a él
- cómo los otros se vivencian a sí mismos en sus relaciones con el paciente

Eje III: conflicto

La noción de conflicto es central en psicoanálisis. Para operacionalizarla el OPD-2 recurrió a la concepción tradicional de choque entre representaciones inconscientes que

responden a distintos grupos motivacionales y que quedan fijadas en una contraposición que produce sufrimiento, síntomas y empobrecimiento psíquico. Puede verse que los conflictos están en relación con los patrones disfuncionales que se describen en el eje II, que también dan expresión a las “representaciones generalizadas de la interacción” de las que habla Stern.

En la medida que los conflictos ponen en juego sistemas motivacionales (o pulsiones, para decirlo en términos de la metapsicología psicoanalítica), se expresan tanto a nivel de las representaciones psíquicas como en la vida afectiva. Las emociones son mecanismos de regulación biopsicosocial, que involucran la mente y el cuerpo y que tienen una función evolutiva, convirtiéndose en señales dirigidas a los otros (alegría, temor, rabia), orientando la actitud hacia el mundo (curiosidad, asco) o cumpliendo funciones de protección (sorpresa, temor). No sólo importan las emociones discretas o darwinianas (alegría, tristeza, rabia, temor), sino también lo que Damasio denomina “emociones de base o de fondo”, ligadas al estado de ánimo y que se manifiestan más a nivel de todo el cuerpo que facial. Los estados emocionales más profundos se muestran relacionados con los sistemas motivacionales básicos** de naturaleza neurobiológica y que se sitúan en ese límite entre lo físico y lo mental donde Freud colocaba la pulsión. Los patrones conflictivos disfuncionales surgen de las disonancias que se producen a lo largo del desarrollo entre las demandas pulsionales, las formas contradictorias de manejar los deseos y las experiencias intersubjetivas. Para que los conflictos puedan adquirir estabilidad y puedan ser elaborados necesitan apoyarse en ciertas características estructurales de la personalidad, que serán examinadas en el eje de la estructura.

Para su operacionalización el OPD-2 tomó en cuenta siete patrones conflictivos básicos, para los cuales existen afectos-guía que facilitan su identificación:

1. *Conflicto de individuación vs. dependencia* (afecto guía: angustia ante la pérdida o fusión con el objeto).

2. *Sumisión vs. control* (incomodidad y rabia en las relaciones de poder).

3. *Deseo de protección vs. autosuficiencia, autarquía* (tristeza y depresión o reacciones defensivas ante la amenaza de pérdida de amor del objeto).

4. *Autovaloración* (vergüenza o admiración exageradas cuando está en juego el engrandecimiento del self o del objeto).

5. *Conflicto de culpa* (sentimientos de culpa, a veces percibidos en forma contratransferencial).

6. *Conflicto edípico* (timidez o erotización y rivalidad cuando está en juego la sexualidad).

7. *Conflicto de identidad (identidad vs. disonancia)* (bienestar con la propia identidad, sea general o en áreas específicas: cuerpo, valores, familia, grupos de pertenencia, etc.).

El diagnóstico del OPD-2 busca evaluar cada uno de estos conflictos (en cuatro niveles, de ausente a muy significativo), evaluando la situación dilemática en que colocan al paciente y lo que dificulta su superación. Por ejemplo, propone el siguiente ejemplo para describir la forma en la que el conflicto entre individuación y dependencia puede volverse fuente de sufrimiento y a la vez perpetuarse: *“Si me entrego a alguien, tarde o temprano me defraudará o sufriré cuando ocurra una separación; por lo tanto debo evitar las relaciones muy próximas que puedan generarme dependencia, aunque las necesito”*. A través de este tipo de formulaciones el OPD-2 busca identificar las configuraciones que tienen más peso en la vida y en las relaciones del sujeto, de modo que puedan orientar el trabajo psicoterapéutico*.

Eje IV: estructura

Mientras los conflictos constituyen los argumentos de las piezas teatrales o dramatizaciones que la persona representa en forma repetitiva a lo largo de su vida, la noción de estructura, en cambio, hace referencia a los bastidores o al escenario que es necesario para que estos dramas puedan ser representados. El concepto

de estructura no es nuevo en psicoanálisis (el segundo modelo propuesto por Freud, el del yo - ello - superyó, fue precisamente denominado modelo estructural), pero cobró mayor importancia a medida que la psicopatología psicoanalítica prestó atención a los déficits existentes a nivel de la personalidad.

Para su operacionalización, la estructura psíquica es considerada como el conjunto de disposiciones que sostiene la organización de las experiencias subjetivas e interpersonales y que permiten las regulaciones y adaptaciones necesarias para hacer frente a las diversas situaciones de la vida. Estas disposiciones no pueden ser directamente observadas, sino que son inferidas como el sustrato que subyace a distintos procesos que sí pueden ser observados. Distintos autores formularon distintos modelos de los factores estructurales, poniendo el acento en diversos aspectos del funcionamiento psíquico: las funciones del yo, del self, de las relaciones objetales, la relación con el lenguaje y lo simbólico, los mecanismos de defensa, etc. O. Kernberg buscó sintetizar varios de estos aportes y establecer distintos niveles de integración de estas funciones estructurales, camino que el OPD-2 retoma.

La descripción de este manual se basa en la descripción del self en relación con los objetos, tomando en cuenta cuatro funciones básicas:

1. *Percepción del self y de los objetos (capacidad de percibirse en forma reflexiva y de percibir a los otros en forma total y realista).*

2. *Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro.*

3. *Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros.*

4. *Capacidad de vínculo con objetos internos (vínculos positivos, variados y triangulares) y con objetos externos (dar y recibir apoyo, vincularse y separarse).*

Sobre la base del funcionamiento de estas dimensiones se configuran cuatro niveles de integración estructural (1. Nivel alto, 2. Nivel medio, 3. Nivel bajo y 4. Nivel de estructura

* Nótese que los conceptos más abstractos de la teoría psicoanalítica no aparecen como tales, sino a través de sus manifestaciones a nivel fenomenológico.

* En el psicoanálisis uruguayo las fallas en la estructuración simbólica se suelen vincular al predominio de relaciones "duales" (como podrían ser las que existen entre una madre y su hijo pequeño), en las cuales falta la función de un tercero (el lugar del padre) que permitiría una nueva forma de estructuración. También podrían jugar mecanismos de desmentida que dificultarían el reconocimiento de las diferencias. El OPD-2 vemos que también incluye dentro de la estructura aspectos relacionados con las relaciones diádicas o triangulares (pp. 296 y 310), así como el estudio del conflicto de individuación vs. dependencia, edípico, etc. Sin embargo, estos conflictos difícilmente podrían tener un papel estructurante, dada la concepción amplia y compleja de la noción de estructura que postula el OPD-2. Este es un tema, sin duda, abierto a futuras investigaciones que profundicen en los aspectos conceptuales y clínicos del problema.

desintegrada). Para poner un ejemplo, podemos retomar el que figura al hablar de conflicto. Para que el paciente pueda vivir en forma estable y clara su conflicto entre entregarse y depender o mantenerse aislado es necesario que exista un espacio intrapsíquico con objetos internos diferenciados; a medida que las funciones estructurales disminuyen hacia un nivel de estructura menor (medio), el conflicto se vuelve más destructivo, la imagen del self y la autoestima más difíciles de regular y predominan las relaciones diádicas con objetos más pobres y menos diferenciados. Vemos entonces que los conflictos van perdiendo organización y estabilidad, y pequeñas sobrecargas de tensión psíquica dan lugar a manifestaciones conflictivas polimorfas y cambiantes. Cuando llegamos a un nivel bajo de integración, los conflictos son vividos más como interpersonales que como intrapsíquicos, disminuye la capacidad reflexiva, predomina la difusión de la identidad, los actings por intolerancia a la frustración y las angustias de destrucción del self. Por último, en un nivel desintegrado, las imágenes del self y del objeto aparecen confundidas, con angustia por la pérdida del self. Las cosas pasan, con escasa sensación de responsabilidad por los propios actos. Predominan organizaciones postpsicóticas, postraumáticas y perversas, que permiten entrever la falta de coherencia del self y la emocionalidad desbordante. Podemos concluir que el eje estructura del OPD-2 incluye aspectos procedimentales (función reflexiva, por ejemplo) con otros que implican regulaciones psicofisiológicas (impulsos, afecto) y fenómenos vinculares, como el apego. Incluye también fallas en la vida fantasmática similares a las descritas por P. Marty, cuyo estudio fue ampliado por A. Green. No puede dudarse que estos fenómenos constituyan parte del basamento de nuestra vida psíquica, y que sean de naturaleza compleja y determinación multifactorial*.

Eje V: trastornos psíquicos y psicosomáticos

Para el diagnóstico sindromático-descriptivo el OPD-2 recurre al CIE-10.

Relación entre los ejes

La forma en la que se describe la interrelación entre los ejes constituye una de las características más interesantes del OPD-2. No pretende establecer relaciones etiológicas o de causalidad, sino combinar los distintos ejes en función de modo que sea útil para visualizar aspectos que deberán ser explorados y profundizados en la psicoterapia.

El eje I alerta sobre el sufrimiento del paciente, cuyo comportamiento en la entrevista y el relato de sus vínculos se pone de manifiesto en el eje II. Este pone de manifiesto las dificultades actuales de relación. A partir de esto se inicia el intento de comprender sus dificultades subyacentes en dos direcciones. En primer lugar se explora en qué medida los problemas del paciente son consecuencia de sus conflictos inconscientes en el marco de un funcionamiento estable de sus funciones psíquicas básicas (eje III). Estos conflictos nos muestran lo precipitado de las situaciones del desarrollo que no pudieron ser superadas y que se repiten actualmente. Al mismo tiempo se investiga la posibilidad de fallas estructurales en estas funciones (capacidad de mentalización, regulación de la afectividad, comunicación con objetos internos y externos, y vínculos de apego) y se busca determinar la severidad de estas fallas (eje IV). Esto nos alerta sobre los recursos disponibles para un cambio. Cuando estas dificultades son marcadas los conflictos, como dije, serán múltiples y variables y los patrones relacionales del eje II también serán inconsistentes y frágiles y los dramas del paciente aparecen desestabilizados por las carencias de la estructura que los sostiene, la cual debe entonces colocarse como foco del tratamiento. El paso siguiente es volver a reconsiderar los ejes en sentido inverso, yendo ahora desde la profundidad hacia la superficie, o sea, de la estructura al conflicto, a las relaciones y, por último, al eje I y al eje V, sindromático, para, entonces, en posesión de estas distintas perspectivas establecer con el paciente el tipo de ayuda que lo puede beneficiar. La actitud activa o pasiva del paciente frente a su dolencia, esto es, el buscar resolver activamente los problemas o el privilegiar la ayuda externa, constituye un

factor que atraviesa los distintos ejes y que debe ser tenido en cuenta por el terapeuta*.

Entrevista

La actitud del entrevistador en una entrevista psicoanalítica se caracteriza por una tensión entre dos polos. Por un lado, el analista aspira a una escucha receptiva, de modo de lograr que el campo se configure en la mayor medida posible por las variables que dependen del entrevistado, como pedía Bleger. Pero al mismo tiempo necesita explorar activamente los problemas nucleares para determinar las necesidades terapéuticas. No siempre es fácil combinar estos dos fines y no han faltado posiciones unilaterales a favor de uno u otro de ellos. El arte clínico psicoanalítico consiste en equilibrar ambos polos en función de las distintas exigencias de la entrevista.

Las ideas sobre las metas de la entrevista fueron también variando. En la época de Freud importaba especialmente decidir la analizabilidad del paciente, para lo cual Freud confiaba más en un breve análisis de prueba que en entrevistas diagnósticas. A medida que se hicieron más claros los límites de la analizabilidad y surgieron nuevas alternativas terapéuticas, la entrevista se convirtió en un instrumento para evaluar las necesidades del paciente, los recursos que mejor pueden beneficiarlo y para establecer con él un acuerdo entre sus necesidades y su disposición a tratarse.

El OPD-2 detalla los aspectos históricos que acabo de resumir sucintamente y considera a la suya como la cuarta generación de concepciones psicoanalíticas sobre la entrevista diagnóstica y como un intento de síntesis de las propuestas anteriores. Propone una actitud básica del entrevistador que permita la reactivación de relaciones objetales tempranas en la relación transferencial. Pero esta postura receptiva y no estructurada debe alternar, como en el modelo de Kernberg, con secuencias exploratorias y estructuradas. La indagación de la relación (eje II) y del conflicto (eje III) requiere una

actitud más libre e interpretativa, mientras la exploración de la vivencia de la enfermedad y el diagnóstico sindromático necesitan una postura más activamente exploratoria. El diagnóstico de la estructura requiere una combinación de ambas.

Se trata por tanto de un proceso de entrevista multimodal, acorde con el enfoque multiaxial. Se inicia al modo de una conversación abierta en la que el paciente puede desplegar libremente sus “escenificaciones” (verbales y no verbales) y su oferta relacional. Similar receptividad es útil para explorar aspectos del conflicto ligados a sus significados inconscientes. Pero a medida que interesa poner de manifiesto la estructura psíquica pasan a ocupar el primer lugar aspectos formales que sirven como indicadores de las capacidades o limitaciones del paciente para percibirse a sí mismo y a los demás, para regular las situaciones que lo desbordan, para fantasear, para comunicarse o para crear nuevos vínculos, incluido con el entrevistador. O sea, para disponer de sus funciones estructurales. La técnica de entrevista propuesta incorpora distintos recursos, incluyendo, en distintos momentos, preguntas, confrontaciones o señalamientos e incluso interpretaciones de prueba con fines diagnósticos, siempre que no movilicen inadecuadamente al paciente. El tiempo necesario para la entrevista difícilmente es menor a la hora y media y puede exigir dos o tres horas, repartidas en varios encuentros.

Foco

El OPD-2 entiende por foco “aquellos aspectos problemáticos que producen o mantienen el trastorno y sobre los cuales debe construirse el trabajo terapéutico”. En el foco se ponen de manifiesto las estrategias que le permiten al paciente sobreponerse a sus conflictos en el marco de sus posibilidades estructurales, de lo que se desprende que los objetivos terapéuticos deben incluir el lograr modificaciones a nivel de lo que se ha definido como foco. Es posible trabajar con varios focos, por lo común no más de cinco.

* Aunque el OPD no menciona este punto resulta interesante relacionar este factor con la distinción realizada por S. Blatt entre los pacientes preocupados por las relaciones (anacríticos) y los centrados en la autorrealización (introyectivos) a la que volveré luego.

Cada uno de los ejes diagnósticos contribuye a la formulación de los focos. Un mismo motivo de consulta inicial puede dar origen a diferentes focos de trabajo terapéutico de acuerdo con lo que surge del examen de los diversos ejes. Así, por ejemplo, un paciente puede consultar por dificultades relacionales que se expresan en actitudes controladoras relacionadas con necesidades insatisfechas de afecto y de cuidados. Pero estas dificultades pueden corresponder en realidad a diferentes cuadros clínicos, los cuales se ponen de manifiesto al analizar los ejes del conflicto y de la estructura. Por ejemplo, en un caso dado, puede encontrarse que ese patrón disfuncional corresponde a un conflicto central de autoestima relacionado con conflictos edípicos y de culpa, sin que estén afectadas de forma notoria las funciones estructurales de la personalidad. En otro caso, en cambio, las mismas dificultades relacionales no se acompañan de patrones conflictivos estables, sino que lo que ocupa el primer plano son las perturbaciones estructurales, como, por ejemplo, dificultades para la regulación afectiva, la percepción de sí mismo y de los otros y las dificultades de apego. La orientación del trabajo terapéutico y la reformulación del motivo de consulta se establecerán, por lo tanto, en función de focos formulados en función de estas perturbaciones.

El OPD-2 ofrece además una serie de instrumentos complementarios para la evaluación del cambio terapéutico, que son valiosos para la investigación del proceso y los resultados de la psicoterapia.

Forma de presentar el diagnóstico

La hoja de registro del diagnóstico comprende la evaluación en los cinco ejes diagnósticos.

El eje I contiene diversas dimensiones, *cada una de las cuales es evaluada de 0 (ausente) a 4 (muy alto)*. Las dimensiones principales son las que tienen que ver con la evaluación objetiva de la enfermedad o problema durante la última semana; la vivencia subjetiva del paciente sobre su enfermedad o problema, el

concepto que se hizo y la forma de presentación; el modelo que tiene del cambio al que aspira y los recursos y obstáculos para el cambio.

El eje II (relación) se evalúa indicando una serie de características que conducen a una formulación dinámica relacional en forma de secuencia de reacciones consecutivas. Para aclarar este punto transcribiré un ejemplo del manual. En primer lugar se indica la forma en la que el paciente vivencia a los otros (*por ejemplo, la paciente vivencia a los otros como demandantes y teme fracasar y ser humillada*). Como segundo paso se señala cómo reacciona la paciente ante esa vivencia (*busca adaptarse y esforzarse por los demás*). Tercero, se consigna el tipo de oferta relacional (inconsciente) que implica esta reacción de la paciente (*para los otros, en contraste con lo que ella cree percibir, es ella la que es vivida como exigente, demandante y crítica*). Cuarto, se describe el tipo de respuesta inconsciente que ella provoca en los otros (*los otros buscan protegerse y o la cuidan o la ofenden*). El último eslabón es la forma en que la paciente responde a esta cadena de reacciones (*cada una de estas dos reacciones son vivenciadas como señal de un rechazo y de que ha fracasado*).

Los ejes III (conflicto) y IV (estructura) son puntuados de 0 a 4 en cada uno de los ítems mencionados más arriba. El eje V se evalúa de acuerdo con el CIE-10.

Manual diagnóstico psicodinámico (PDM)

El Manual de Diagnóstico Psicodinámico o PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) fue desarrollado en Estados Unidos como un sistema diagnóstico psicoanalítico para niños, adolescentes y adultos, complementario al DSM-IV. Pone el acento en los aspectos diferenciales de cada paciente, buscando comprender el modo en que cada uno experimenta sus trastornos y la organización de su personalidad. Apunta por tanto a lograr una formulación más individualizada y amplia del funcionamiento psíquico. Aunque busca ser especialmente útil para la psicoterapia dinámica, intenta tener un alcance más amplio. La sección para

niños y adolescentes ocupa buena parte del manual y contiene una destacable riqueza de observaciones de utilidad clínica.

El PDM fue publicado en 2006 como fruto del esfuerzo colaborativo de la Asociación Psicoanalítica Americana, la Asociación Psicoanalítica Internacional, la División de Psicoanálisis³ de la Asociación Psicológica Americana, la Academia Americana de Psicoanálisis y Psiquiatría Dinámica y del Comité Nacional de Psicoanálisis en Trabajo Social Clínico. El grupo de trabajo fue presidido por Stanley I. Greenspan e incluyó a Eve Caligor, Peter Fonagy, Leon Hoffman, Otto y Paulina Kernberg, Nancy McWilliams, Joseph Palombo, Howard Shevrin, Drew Westen y Robert Wallerstein, entre otros.

El PDM distingue 3 ejes:

El eje P: trastornos y patrones de la personalidad

El tipo de trastornos incluidos en el eje P tiene puntos de contacto con los tipos de trastornos incluidos en el DSM-5, pero también existen diferencias significativas. En forma similar al DSM-5, estos trastornos no son presentados como listas de síntomas sino como descripciones clínicas configurando un prototipo, pero agrega en cada uno el diagnóstico de las pautas constitucionales y de maduración que lo determinan, las tensiones y preocupaciones centrales del paciente, los afectos principales, las creencias patológicas centrales acerca del self y del otro, y los subtipos principales del trastorno.

En forma opuesta al DSM-5, el PDM no reduce el número de trastornos, sino que los aumenta y reformula. En relación con los que estaban incluidos en el DSM-IV, elimina el trastorno esquizotípico y conceptualiza de manera diferente los fenómenos borderline, los que no son considerados un tipo de trastorno sino una forma de organización de la personalidad, como diré más abajo. Agrega además los siguientes trastornos: trastorno de la personalidad sádico y sadomasoquista, masoquista, depresivo, por somatizaciones, y

disociativo. Introduce al mismo tiempo subtipos dentro de varios de estos trastornos, por ejemplo, en el trastorno depresivo distingue los subtipos introyectivo, el anaclítico (según la clasificación de S. Blatt) y las manifestaciones opuestas de tipo hipomaniaco.

En todos los casos el eje P presta especial atención al nivel de severidad del trastorno, lo que se relaciona con la forma de organización de la personalidad. Sobre la base de criterios que surgen, entre otros autores, de la obra de Kernberg y Clarkin, y de Greenspan, distingue el nivel de la personalidad saludable, en la que no existe trastorno de la personalidad, de los TP de nivel neurótico y los TP de nivel borderline. En estos últimos, existe una organización borderline de la personalidad que, a diferencia del DSM-IV y DSM-5, no es vista como un TP específico, sino como un nivel moderado o severo de disfuncionalidad en la organización patológica de la personalidad, que puede darse en todos los TP*. En cuanto a la existencia de un nivel psicótico de organización de la personalidad, el PDM, tomando en cuenta distinto tipo de consideraciones, cree que es un punto que conviene dejar abierto a futuras investigaciones.

El eje M: funcionamiento mental

Este eje tiene especial interés para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, fundamentalmente para la comparación con el OPD-2 y con el DSM-5. Ofrece un perfil de funcionamiento mental que abarca nueve dimensiones:

Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje.

Capacidad para relaciones (incluyendo profundidad, amplitud y consistencia).

Cualidad de la experiencia interna (nivel de confianza y autoestima).

Experiencia afectiva, expresión y comunicación.

Patrones y capacidades defensivas.

Capacidad para formar representaciones internas.

* Kernberg y Clarkin llamaron la atención en numerosos trabajos sobre la necesidad de hacer esta distinción conceptual. Nótese que lo que los trastornos que el DSM-IV denomina borderline, tienen en realidad una alta comorbilidad con otros trastornos, fundamentalmente de tipo histriónico, narcisístico, paranoide o dependiente. Lo que ocurre es que se están mezclando fenómenos relacionados con la tipología del trastorno con los fenómenos que dependen de la severidad del mismo.

Capacidad para la diferenciación e integración (versus desintegración o fragmentación).

Capacidad de autoobservación (mentalización).

Capacidad para construir y usar estándares internos e ideales. Sentido de moralidad.

Más abajo compararé este eje del PDM con la evaluación de la funcionalidad de la personalidad en el DSM-5 y con las categorías del OPD-2.

El eje S: experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos

Este eje tiene puntos de contacto con el eje I del OPD-2, pero está organizado en forma diferente, presentando la vivencia de la enfermedad en función de los diferentes trastornos.

Al igual que el OPD-2, el PDM indica numerosos instrumentos complementarios de evaluación que complementan la evaluación clínica y son útiles para la investigación*.

Forma del PDM de presentar el diagnóstico

En el eje P (patrones de personalidad) *se especifica el nivel normal, neurótico o borderline de la organización de la personalidad y el tipo de trastorno en función de las descripciones propias de cada trastorno.*

Con el eje S (pautas sintomáticas) *se describe la forma particular en la que el paciente vive su situación.*

El eje de funcionamiento mental (M) requiere una evaluación más compleja. En primer lugar pide *una breve descripción de nueve dimensiones contenidas en este eje.*

A continuación se presenta un resumen del funcionamiento mental que, sobre la base de una breve descripción de los hechos clínicos más salientes, especifica el nivel de

funcionamiento basado en los siguientes ocho niveles, a saber:

1. Capacidades mentales óptimas, apropiadas a la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase.

2. Capacidades mentales razonablemente apropiadas para la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase.

3. Capacidades mentales apropiadas para la edad con conflictos específicos para esa fase o para desafíos transitorios del desarrollo.

4. Restricciones leves y falta de flexibilidad: a) encapsulada en el carácter, b) encapsulada en los síntomas.

5. Restricciones y alteraciones moderadas en el funcionamiento mental.

6. Restricciones y alteraciones mayores en el funcionamiento mental.

7. Defectos en la integración y alteración de las representaciones del self y de los objetos.

8. Defectos mayores en las funciones mentales básicas.

Comparación entre el DSM-5, el OPD-2 y el PDM respecto a los trastornos de personalidad

Con las limitaciones del caso, pues se trata de sistemas diagnósticos aún en etapa de discusión o sobre los que aún no existe suficiente experiencia en nuestro medio, quisiera extraer algunas conclusiones del cotejo de los tres sistemas diagnósticos entre sí.

Más allá de sus diferencias, los tres sistemas parten de la necesidad de operacionalizar sus definiciones y buscan prestar mayor atención a la complejidad y diversidad que muestra la clínica. Esto trae un enriquecimiento en el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, facilitando un lenguaje común. Trae aparejado también un cambio en los frentes de discusión. Mientras en años anteriores, en nuestro medio, se destacaba la contraposición entre los psiquiatras que aceptaban el DSM-IV y los psicoanalistas que cuestionaban la tarea diagnóstica, ahora se destacan los nuevos

* Entre ellos: Las Escalas de Capacidades Psicológicas (SPC); el Perfil Psicodinámico de Karonlinska (KAPP); la Entrevista Estructurada de Organización de la Personalidad (STIPPO); el Psychotherapy Process Q-Set (PPQS) y el Procedimiento de Evaluación de Shedler y Westen (SWAP).

temas de debate en el interior de cada una de estas dos disciplinas. Ya he mencionado las discusiones en el interior de la psiquiatría que acompañaron la difusión de las propuestas del DSM-5; dentro del psicoanálisis, es seguro que quienes defienden los diagnósticos operacionalizados y dimensionales no tendrán el apoyo de quienes prefieren mantener el statu quo sobre estos puntos*.

Resulta interesante distinguir cuáles son las áreas de complementariedad, de acuerdo y de conflicto entre estos sistemas. El PDM y el OPD-2 se definen a sí mismos como complementarios al DSM-IV y al CIE-10, respectivamente. Esta complementariedad en relación con el DSM-IV se muestra en la Tabla 1, en la que se visualiza que el PDM y el OPD-2 agregan información adicional,

Tabla 1 | Comparación del OPD-2 y del PDM con el DSM-IV

DSM-IV	PDM	OPD-2
Ejes I, II (TP), III, IV y V	Eje P. Trastornos y patrones de la personalidad (se superpone sólo con el eje II del DSM)	CIE-10
	Eje M. Perfil de funcionamiento mental	Eje III. Conflicto Eje IV. Estructura
	Eje S. Experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos	Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento
		Eje II. Relación
		<i>Orientación terapéutica: focos</i>

* Mientras determinados enfoques psicoanalíticos, como el de Bion o Winnicott, permiten hablar de grados de integración del self, esto se vuelve más problemático en otras corrientes. Por ejemplo, en el enfoque lacaniano, influido por conceptos de cuño estructuralista y de naturaleza muchas veces dicotómica, no tiene sentido una aproximación dimensional a problemas tales como, por ejemplo, la división del sujeto o los registros simbólico, real e imaginario. Pero cuando predominan los conceptos dicotómicos, con exclusión de otras perspectivas, se limita la posibilidad de reflexionar sobre muchos aspectos de la clínica y de la práctica analítica, como ser, a nivel psicopatológico, sobre los fenómenos borderline o sobre los cambios terapéuticos que implican variaciones dimensionales y no sólo la reestructuración de categorías discretas.

organizada de acuerdo con diferentes ejes en cada uno de ellos.

La complementariedad queda más clara si se tiene en cuenta que en los sistemas DSM y CIE el diagnóstico psiquiátrico de TP debe necesariamente acompañarse del examen cuidadoso de la posible existencia de otra patología mental (eje I) o somática (eje III), así como por una visión general de la interacción con el contexto social (ejes IV y V).

Pero cuando pasamos del DSM-IV al DSM-5 se hacen evidentes áreas de convergencia que no existían antes, a la vez que persisten algunas zonas de discusión respecto a la mejor manera de formular o conceptualizar algunos diagnósticos (Tabla 2).

En la segunda fila de la Tabla 2 puede verse que al incluir el diagnóstico de funcionamiento de la personalidad, el DSM-5 pasa a jerarquizar una zona de fenómenos clínicos que jugaban un papel central en los otros sistemas, creándose por tanto un área de posibles coincidencias que serán examinadas a continuación. Más

aun, nada obsta, en principio, para que cada sistema pueda incluir aspectos del otro en las áreas o ejes que continúan siendo diferentes en cada uno de ellos. Por ejemplo, el DSM-5 podría incluir con beneficio la evaluación de la vivencia subjetiva de la enfermedad y la disposición para el cambio, así como los patrones relacionales, los cuales aportarían información útil para la relación entre psiquiatra y paciente y podrían incluirse sin que el sistema en su conjunto perdiera coherencia.

Corresponde ahora examinar las áreas de convergencia en torno a la evaluación del funcionamiento de la personalidad y la severidad del trastorno. La Tabla 3 presenta esta comparación, destacando en negrita los contenidos en los cuales las concordancias son más directas. Puede verse que los tres sistemas prestan atención a fenómenos clínicos similares, aunque en algunos casos pueden formularlos o conceptualizarlos en forma diferente.

La convergencia es muy grande entre el DSM-5 y el PDM, y probablemente refleja

Tabla 2 | Comparación del OPD-2 y del PDM con el DSM-5

DSM-5	PDM	OPD-2
Tipos de trastorno (grado de coincidencia con el prototipo)	Eje P. Trastornos y patrones de la personalidad	CIE-10
Niveles de funcionamiento de la personalidad (severidad del trastorno)	Eje M. Perfil de funcionamiento mental	Eje III. Conflicto Eje IV. Estructura
Rasgos	Eje S. Experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos	Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento Eje II. Relación <i>Orientación terapéutica: focos</i>

* Los mecanismos de defensa incluidos en el PDM no fueron incluidos en la nueva versión del OPD (OPD-2) debido, como señalé antes, a dificultades en su operacionalización, lo cual significa en principio una desventaja. Puede también llamar la atención el escaso lugar que juegan tanto en el OPD-2 como en el PDM la biografía del paciente así como la descripción de los traumas o carencias experimentados. La explicación debe buscarse, en mi opinión, en que ellos no pretenden formular consideraciones de orden etiopatogénico, así como en las dificultades que presentan estos aspectos para ser operacionalizados a nivel diagnóstico.

la influencia que tuvo el PDM como antecedente y la existencia de fuentes comunes. El OPD-2, por su parte, proviene de una tradición distinta e introduce la distinción entre conflicto y estructura. Si miramos las disfunciones desde esta última perspectiva vemos que la diferencia que ella introduce no radica tanto en las disfunciones en sí, sino en su diferente naturaleza y extensión según se trate de problemas originados en conflictos o provenientes de fallas estructurales. En el primer caso se trata de los efectos creados por el choque de impulsos y sentimientos contrapuestos en torno a áreas que en su origen están delimitadas (conflictos relacionados con la pérdida del objeto, del amor del objeto, con las relaciones de poder, autoestima, sexualidad o culpa) y que luego se vuelven repetitivas y expanden sus efectos. Cuando las funciones de la personalidad, en cambio, están alteradas como consecuencia de perturbaciones estructurales, se trata más bien de fallas difusas, que no giran en torno a una temática determinada, sino que se expresan a múltiples niveles y en circunstancias variadas. La propuesta del OPD-2 es que la diferenciación de estos dos contextos puede tener utilidad clínica y terapéutica.

En cuanto a las discrepancias, ellas se dan en primer lugar entre el DSM-5 y el PDM respecto a los tipos de TP que deben ser diagnosticados. En relación con el OPD-2, la mayor diferencia radica, como dije, en la diferenciación que hace este último, acorde con

su orientación psicoanalítica, entre conflicto y estructura*. El PDM propone incluir más y más elaborados prototipos de los TP en vez de recurrir a un número menor de prototipos combinándolo con la descripción de rasgos de la personalidad. Como señalé al hablar de las polémicas en curso sobre el DSM-5, se ha objetado que el uso de rasgos y facetas, más allá de su valor desde el punto de vista de la psicología académica, podría constituir en la práctica una complicación sentida como innecesaria y que apartara a los clínicos del diagnóstico de la personalidad.

La discrepancia sobre el número de trastornos nace de la utilización de diferentes criterios para la selección de estos tipos. El DSM-5 conserva sólo aquellos diagnósticos cuya validez y utilidad están respaldadas por investigaciones, mientras el PDM considera que no corresponde dejar de lado prototipos corroborados por años de experiencia clínica sino que, en todo caso, se debe mantenerlos mientras continúa su investigación. Con criterio similar, el PDM incluye subtipos y especificaciones en los prototipos que están ausentes en el DSM-5. En ese sentido, la utilización de rasgos puede reflejar tendencias o cristalizaciones dominantes, pero no refleja las complejidades y contradicciones que se pueden dar entre distintas partes de la personalidad o entre conflictos con diferente nivel de estructuración psíquica. Esto hace

Tabla 3 | Comparación de la evaluación del funcionamiento de la personalidad en el DSM-5, el PDM y el OPD-2

DSM-5 <i>Niveles de funcionamiento de la personalidad: 1. Self; 2. Interpersonal</i> <i>Tipos de trastorno</i> <i>Rasgos</i>	PDM <i>Eje P. Patrones de la personalidad y trastornos</i> <i>Eje M. Perfil de funcionamiento mental</i> <i>Eje S. Vivencia subjetiva</i>	OPD-2 <i>Eje I. Vivencia de la enfermedad</i> <i>Eje II. Relación</i> <i>Eje III. Conflicto</i> <i>Eje IV. Estructura</i>
1.i. Self. Integración de la identidad: Sentido de unidad y continuidad entre diferentes estados del self, sentido de verdad o fachada del self	M1. Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje M5. Patrones y capacidades defensivas M 6. Capacidad para formar representaciones internas M7. Capacidad para la diferenciación e integración vs. indiscriminación y fragmentación M8. Capacidad de autoobservación (mentalización)	III.1. Individuación vs. Dependencia III.7. Conflicto de identidad (identidad vs. disonancia) IV.1 Percepción del self y de los objetos (capacidad de percibirse en forma reflexiva y de percibir a los otros en forma total y realista) IV.2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro
1.ii. Self. Integridad del concepto de sí mismo: a) Regulación de la autoestima y del respeto por sí mismo, b) el sentimiento de constituir una agencia autónoma, c) la valoración o apreciación de sí mismo y d) las cualidades de las representaciones del self (complejidad, diferenciación e integración)	M3. Cualidad de la experiencia interna (nivel de confianza y autoestima) M8. Capacidad de autoobservación (mentalización)	III.4. Autovaloración IV.2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro
1.iii. Self. Capacidad para dirigirse a sí mismo: a) Establecimiento de normas internas para la propia conducta, b) coherencia y significación a corto plazo de las metas vitales	M9. Capacidad para construir y usar estándares internos e ideales. Sentido de moralidad	III.5. Conflicto de culpa III.6. Conflicto edípico IV.1. Percepción del self y de los objetos IV.2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro
2.i. Interpersonal. Empatía: a) capacidad de mentalizar (o sea, de crear un modelo adecuado de los pensamientos y emociones de otra persona); b) de apreciar las experiencias de otros; c) atención a la variedad de las opiniones de otros; d) comprensión de la causalidad social	M2. Capacidad para relaciones (incluyendo profundidad, amplitud y consistencia) M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación	II. Patrones relacionales IV.1. Percepción del self y de los objetos IV.3. Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros
2.ii. Interpersonal. Intimidad y cooperación: a) profundidad y duración de la conexión con otros, b) tolerancia y deseo de cercanía, c) reciprocidad en la consideración y apoyo y su reflejo en el comportamiento interpersonal y social	M2. Capacidad para relaciones e intimidad M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación	II. Patrones relacionales III.1. Individuación vs. dependencia III.2. Sumisión vs. control III.3. Deseo de protección vs. autosuficiencia (o autarquía) IV.4. Capacidad de vínculo con objetos internos (vínculos positivos, variados y triangulares) y con objetos externos (dar y recibir apoyo, vincularse y separarse)
2.iii. Interpersonal. Complejidad e integración de las representaciones de los otros: a) Cohesividad, complejidad e integración de las representaciones mentales de otros; b) uso de las representaciones de los otros para regular el self	M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación M6. Capacidad para formar representaciones internas	II. Patrones relacionales III.1. Individuación vs. dependencia III.2. Sumisión vs. control III.3. Deseo de protección vs. autosuficiencia (o autarquía) IV.3. Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros
	M5. Pautas y capacidades defensivas	IV.2. Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro

* Conviene aclarar que el OPD-2 considera el narcisismo como un sistema motivacional más básico, que puede teñir cualquier otro conflicto (p. 266).

** Si bien es posible establecer cierta relación entre el tipo de trastorno y el nivel de perturbación, la variabilidad es la regla. Los trastornos depresivos o depresivo-masoquistas, histéricos y obsesivo-compulsivos presentan con más frecuencia un nivel neurótico de funcionamiento, mientras los trastornos paranoides, psicopáticos, narcisistas, sádicos, sadomasoquistas hipomaniacos somatizadores y disociativos tienden hacia el extremo borderline del continuo (PDM, pp. 24 y 25). Pero es necesario reconocer que un individuo puede funcionar en un nivel neurótico en algunos aspectos y en un nivel borderline en otros, o puede aparecer de mayor gravedad si el entrevistador no lo comprende adecuadamente.

que la descripción que brindan los rasgos pueda resultar muy limitada. Por ejemplo, la faceta “narcisismo” del rasgo “antagonismo” del DSM-5, corresponde, en las descripciones psicoanalíticas, al “narcisismo de piel gruesa” de Rosenfeld³⁵ pero no al “narcisismo de piel fina”. Esta distinción de Rosenfeld coincide con la diferenciación que hace el PDM entre una forma arrogante y otra deprimida del narcisismo. El OPD-2 también distingue dos modos del conflicto de autoestima, uno activo*, en el que el yo se engrandece a costa del objeto y otro pasivo en el que el yo se devalúa frente al objeto. En este caso y en otros, el PDM y el OPD-2 ofrecen descripciones sutiles a la vez que clínicamente convincentes.

Otro punto de discordancia se da respecto al significado del término “borderline”. El DSM-5, al igual que el DSM-IV, incluye un trastorno de la personalidad borderline. Pero si observamos el uso corriente del término en muchos ambientes psiquiátricos, vemos que el mismo es usado cada vez más ante cualquier trastorno de la personalidad que reviste gravedad. Esto es exactamente lo que propone el PDM, que, siguiendo a O. Kernberg y otros autores, utiliza el término borderline, no para designar un trastorno específico, sino para distinguir una forma de organización de la personalidad que determina perturbaciones más severas que las que caracterizan al nivel más leve o neurótico**. Paradójicamente un argumento a favor de esta conceptualización del fenómeno borderline surge, precisamente, del contenido de las definiciones del DSM-5. Este sistema define el trastorno borderline sobre la base de características distintivas (fallas en la identidad, en las relaciones con los otros, etc.), que son muy similares o coincidentes con las que en otra parte³⁶ utiliza para describir los niveles de perturbación media o extrema en la escala de severidad. En forma correlativa, encontramos que la definición de estos niveles de perturbación no se diferencia claramente de la descripción del trastorno borderline. Tal vez al describir este último el DSM-5 pone más énfasis en aspectos tales como las manifestaciones de impulsividad, las reacciones casi psicóticas, la autoagresión y las conductas de riesgo. Pero estas son características que pueden

también considerarse legítimamente como manifestaciones de severidad. Por otra parte, el DSM-5 considera sólo las formas extrovertidas del fenómeno borderline, dejando fuera las formas introvertidas o tranquilas que el PDM incluye. Estos distintos argumentos sugieren que es más conveniente utilizar el término “borderline” como indicador del nivel de gravedad de las perturbaciones que como un trastorno específico, lo cual lleva a revalorizar la afirmación de Bender²³, citando a Tyrer²⁴, de que la dimensión de severidad es el predictor más fuerte de disfunción concurrente y futura.

La cuestión de la severidad del trastorno es analizada desde una interesante perspectiva por el OPD-2, una de cuyas fortalezas es precisamente el intentar diferenciar la perspectiva desde el conflicto y desde la estructura. El comprender el tipo de conflicto, temas o esquemas subyacentes, puede explicar mejor que los rasgos las conductas a veces opuestas que una misma persona puede manifestar ante problemas similares, y que pueden llevarlo, por ejemplo, en el caso de un trastorno paranoide, a atacar o a huir, o, en el caso de un trastorno histérico, a conductas hiper o asexuales, como lo señala el PDM. La forma en la que el OPD-2 describe los conflictos y los afectos-guía que los caracterizan enriquece la entrevista. En forma similar, las dimensiones incluidas en la estructura (percepción, regulación, comunicación, vínculo) son fundamentales para comprender las funciones que sostienen la personalidad, poniendo de manifiesto el basamento que hace posible que los conflictos y los patrones relacionales adquieran estabilidad y persistencia.

El DSM-5 y el PDM arriban a una perspectiva global del funcionamiento mental, al hacer confluir los distintos aspectos en una evaluación final en una única dimensión, mientras el OPD-2 mantiene una visión más analítica, que discrimina las rigideces relacionadas con los conflictos con las inestabilidades provenientes de la estructura y su manifestación en los patrones relacionales. Pero más allá de estas diferencias en la forma de conceptualización, vemos que los tres sistemas miran en este punto en la misma dirección y buscan

apoyarse en una base clínica similar, lo cual facilita el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis*. Esto es lo que he intentado poner de manifiesto en la Tabla 3.

Desde esta perspectiva la severidad del trastorno adquiere relevancia diagnóstica e invita a reflexionar desde una perspectiva psicopatológica con los conocimientos disponibles a través de los estudios del desarrollo. La interacción temprana entre factores constitucionales y ambientales determina la forma en la que se organiza la personalidad. A su vez, esta organización se vuelve causa y efecto de nuevas interacciones con el ambiente, lo que puede dar origen a las manifestaciones iniciales de los trastornos de la personalidad. En cierta medida los recursos de la personalidad (fortaleza, resiliencia) pueden limitar los efectos de un ambiente desfavorable, pero también pueden dar lugar a modos de reacción que potencien los factores negativos, llevando a multiplicar su efecto en forma de cascada de eventos desfavorables. De esta manera, el tipo de trastorno (o de predisposición caracterial, cuando no se llega al nivel de trastorno) será la resultante de un complejo interjuego de rasgos temperamentales innatos, cuidados tempranos, defensas, conflictos, pautas relacionales, respuestas del entorno y formas de organización subjetiva de la experiencia, todo lo cual puede abrirse a nuevas experiencias o retroalimentarse en forma de círculos repetitivos. Los sistemas diagnósticos que estamos considerando no entran en estas hipótesis etiopatogénicas, sino que conducen a prestar atención a aquellas funciones y perturbaciones de la personalidad que influyen en el resultado final de este proceso. El poner el énfasis en la severidad de los trastornos está reforzando la necesidad de poner en el orden del día de la investigación psiquiátrica y psicoanalítica la identificación de los factores que la determinan.

Pasando ahora a aspectos prácticos y vinculados al ejercicio clínico, es necesario decir que los tres sistemas hacen necesaria una relación con el paciente mucho más profunda que la requerida por el DSM-IV. Evaluar los aspectos relacionados con el self y con la relación con los otros es una tarea más compleja

y que requiere mayor empatía, observación clínica y comprensión psicopatológica que la que era necesaria para comparar el relato del paciente con una lista de síntomas. Un mayor diálogo con el paciente sobre su personalidad y sus fortalezas y vulnerabilidades sirve, a su vez, para promover la alianza terapéutica y el establecimiento de metas compartidas entre paciente y terapeuta. Este aspecto constituye sin duda una contribución positiva de los nuevos sistemas a la práctica psiquiátrica. También puede, como he referido, convertirse en una debilidad si la tarea diagnóstica se vuelve excesivamente compleja o trabajosa. Serán necesarios testeos empíricos cuidadosos para determinar el punto óptimo que permita la mayor profundidad, validez y confiabilidad manteniéndose al mismo tiempo práctico y factible en el mundo real.

Previendo la repercusión que tendrá el DSM-5 en nuestro medio y su probable creciente convergencia con el sistema CIE, resulta conveniente que psiquiatras y psicólogos se vayan familiarizando desde ya con el proceso que conducirá a la versión definitiva. Sería útil generar grupos de consenso que cotejaran estas propuestas con la experiencia nacional y que realizaran un intercambio con los grupos de trabajo a nivel internacional. Por su parte, el OPD-2 y el PDM pueden resultar de gran valor para los clínicos de dos maneras. Por un lado, pueden ser utilizados en forma experta, para lo cual el OPD-2 ofrece cursos de entrenamiento intensivo. Esta es, sin duda, una posibilidad interesante para quienes quieran profundizar en el uso del sistema y emplearlo en forma confiable para fines de investigación. Pero este no es el único camino. Tanto el DSM-5 como los manuales del OPD-2 y el del PDM ofrecen valiosas descripciones clínicas cuya lectura, aun sin entrenamiento especial, enriquece la práctica cotidiana de psiquiatras y psicoanalistas y contribuye a la reflexión psicopatológica. En ese sentido, el ejercicio de mirar la clínica desde estas distintas perspectivas constituye un camino que enriquece no sólo el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, sino también el avance de cada una de estas disciplinas.

* Respecto a este diálogo interdisciplinario, conviene tener presente que los hechos clínicos no son psiquiátricos ni psicoanalíticos en sí mismos, sino que constituyen referentes comunes que cada disciplina selecciona y estudia en función de sus objetivos, métodos y tradiciones. Pero esta especificidad no implica que no pueda existir la transferencia mutua de conocimientos y métodos. Así como la interdisciplinariedad no implica la pérdida de la identidad de cada disciplina, especificidad tampoco quiere decir aislamiento.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> Fecha de consulta: 28/7/10.
2. OPD Gdt. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. OPD-2. Barcelona: Herder; 2008.
3. PDM. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
4. **Ey, H, Bonnafé LE, Follin S, Lacan J, Rouart J.** Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses. Paris: Desclée de Brouwer; 1950, 219 pp.
5. **Robins E, Guze SB.** January Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-987.
6. **Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G.** The Development of the Feighner Criteria: A Historical Perspective. *Am J Psychiatry* 2010; 167:134-142.
7. **Andreasen NC.** DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull* 2007; 33(1):108-112.
8. **Bleger J.** Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis* 1973; XXX(2):317-350.
9. **Schkolnik F.** El trabajo de la simbolización. Un puente entre la práctica psicoanalítica y la metapsicología. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2007; 104:23-39.
10. **Casas de Pereda M.** En el camino de la simbolización. Buenos Aires: Paidós; 1999, 353 pp.
11. **Sandler J.** Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 1983; 64:35-45.
12. **Canestri J.** Psychoanalysis from Practice to Theory. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006.
13. **Bernardi R.** Fenómenos de cambio en las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata durante las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de Doctorado]. In press 2007.
14. **Casarotti H.** ¿Cuál es el saber-hacer del psiquiatra como médico especialista? Boletín de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Mayo - Junio 2010.
15. **Sharfstein SS.** Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad, and the Ugly. *Psychiatric News* August 2005; 19:3.
16. **Bridgman PW.** The Logic of Modern Physics. Beaufort Books. New York: MacMillan; 1927.
17. **Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E.** Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17:145-158.
18. **Levy KN, Ablon J.** Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: bridging the gap between science and practice. Totowa, NJ: Humana Press; 2009, 399 pp.
19. **Kelley JM.** The Perils of p-Values: Why Tests of Statistical Significance Impede the Progress of Research. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Boston: Humana Press; 2009, pp. 367-377.
20. **Shedler J, Westen D.** Personality Diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Bridging the Gulf Between Science and Practice. In: Force PT, editor. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Springs: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006, pp. 573-613.
21. **Westen D, Shedler J.** A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-5. *J Pers Disord* 2000; 14:109-126.
22. **Schatzberg AF, Schully JH, Kupfer DJ, Regier DA.** Setting the Record Straight: A Response to Frances Commentary on DSM-V. Disponible en: <http://www.psychiatrytimes.com/display/article/10168/1425806?verify=0> Fecha de consulta: 17/9/10.
23. **Bender DS.** Rationale for Developing a Model for Assessing Level of Personality Functioning. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/>

RationaleforDevelopingaModelforAssessingLevelofPersonalityFunctioning.aspx Fecha de consulta: 17/09/2010.

24. **Tyrer P.** The problem of severity in the classification of personality disorders. *J Pers Disord* 2005; 19:309-314.
25. American Psychiatric Association. Borderline Personality Disorder. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=17> Fecha de consulta: 17/9/10.
26. **Frances A.** A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times*. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425378?verify=0A> Fecha de consultas: 17/9/10.
27. **Frances A.** Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. Disponible en: http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?p_p_id=EXT_4&p_p_action=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column2&p_p_col_count=1&EXT_4_struts_ Fecha de consulta: 17/9/10.
28. **Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ.** The Conceptual Development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009; 166:645-650.
29. **Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al.** Personality Disorders in DSM-5 *Am J Psychiatry* 2010; 167:1026-1028.
30. **Westen DSJ.** Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically-based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:273-285.
31. **Shedler J, Westen D.** Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1350-1365.
32. **Luyten P, Blatt SJ.** Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM-5. *Clinical Psychology Review*. In press.
33. **Wallerstein RS.** Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM): Alliance of Psychoanalytic Organizations*; 2006:385-402.
34. **Jacobs T.** On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc* 1986; 34:307.
35. **Rosenfeld H.** Afterthought: Changing theories and changing techniques in psycho-analysis. *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Tavistock; 1987, pp. 265-279.
36. DSM-5 Task Force. Levels of Personality Disorder. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/LevelsofPersonalityFunctioning.aspx> Fecha de consulta: 17/9/10.