

Trastorno de personalidad pasiva-agresiva: el fin de un síndrome.

Scoltz Wetzler y Leslie C. Morey

Este artículo presenta una explicación y crítica de las razones para excluir el trastorno de personalidad pasivo-agresiva (TPPA) del DSM-IV. Se revisa la literatura clínica y de investigación sobre el TPPA así como los cambios históricos en la definición, criterios diagnósticos y uso. El TPPA puede diagnosticarse con fiabilidad, es bastante prevalente y tiene una buena consistencia interna. Dado que el TPPA no es menos válido que los otros trastornos de personalidad, recomendamos la reintegración del TPPA en la nomenclatura diagnóstica oficial.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico conocido como trastorno de personalidad pasiva-agresiva (TPPA) actualmente existe como un trastorno de personalidad "no especificado", relegado a un apéndice en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) bajo la denominación entre paréntesis de "trastorno de personalidad negativista". El proceso por el que se tomó esta decisión es interesante; al contrario que en los cambios diagnósticos observados en otras disciplinas sanitarias, no es que la exclusión de este diagnóstico de la nomenclatura estándar refleje una disminución del número de personas con rasgos de personalidad pasiva-agresiva. El cambio refleja los cambios de diagnóstico. Sin embargo, el significado del cambio no debe subestimarse, y proporciona una oportunidad para entender y mejorar el proceso de cambio en la clasificación diagnóstica. Relegar el TPPA a un apéndice es notable en el sentido de que constituye uno de los pocos esfuerzos para la exclusión de una categoría diagnóstica de la nomenclatura, en contraste a la muy superior tendencia a añadir categorías.

En este artículo examinamos este diagnóstico como un estudio de caso de la exclusión de un constructo de la nomenclatura oficial. Exploramos la conceptualización teórica y la historia específica del concepto, las razones citadas para su exclusión del DSM-IV, e intentamos evaluar el tras-

torno utilizando criterios objetivos razonables por los que la exclusión de la nomenclatura puede justificarse. En general, de la evidencia empírica disponible se desprende que el constructo de TPPA no es menos válido que el de la mayoría de los otros trastornos de personalidad.

Reconocidamente, la lista de descriptores de personalidad capaces de mostrar una validez similar es probablemente bastante larga. Sin embargo, el argumento más fuerte a favor de la inclusión es que el concepto de personalidad pasivo-agresiva tiene una considerable utilidad clínica potencial al describir un único patrón conductual que ningún otro constructo del Eje II capta.

CONCEPTUALIZACIÓN

Como sugiere el propio término, la teoría psicodinámica define pasivo-agresivo como una manifestación de la ambivalencia intrapsíquica o de conflicto interpersonal. Desde la "fase oral sádica" de Abraham (1924) hasta el "carácter masoquista" de Reich (1949) los psicoanalistas discutieron la conducta pasivo-agresiva antes de que se acuñara el término. Por ejemplo, Reich (1949) describió personas que "cortejaban amor a través de la provocación y el desafío" (p.245). El autor teorizó que "dichas provocaciones eran intentos de imponerme una rigidez y con-

ducirme al frenesí... no es en absoluto una mecanismo de castigo sino de situar al analista de su prototipo, el padre o la madre, en el error, de llevarle a actuar de modo que le proporcione una base racional al reproche "mira que mal me estás tratando" (p.242). Las conceptualizaciones psicoanalíticas de la pasividad-agresión desplazan la gama emocional desde la rabia dirigida contra uno mismo (Reich 1949) hasta la culpa y la vergüenza a través de la dependencia (Whitman, Torsman y Koenig 1954), hasta la provocación de rabia para confirmar una perspectiva malévolamente del mundo (Kernberg 1984), hasta la externalización del conflicto interno a través de la dependencia hostil (Malinow 1981). Dos dinámicas tienden a fundamentar estas conceptualizaciones: los conflictos de la dependencia y los miedos a la competición (Wetzler 1992a).

En términos de desarrollo, el conflicto sobre la dependencia pone de relieve cuestiones de separación e individualización (Mahler 1975), que reemergen y florecen durante la adolescencia (Blos 1967). La persona pasivo-agresiva está atrapada entre la dependencia, que resiente, y la autonomía, a la que teme. Quiere que los demás piensen que no es dependiente, pero se vinculan con los demás más íntimamente de los que admiten. Sostiene una dependencia y después lucha contra ella porque se siente controlada y vulnerable, se siente atrapada cuando siente que tiene que expresar sentimiento íntimos.

La segunda dinámica potencial es el miedo a la competición, que puede reflejar cuestiones de desarrollo. La persona pasivo-agresiva teme el éxito, porque ganar una competición le sitúa en el plano de la venganza y le lleva a seguir compitiendo. A causa de problemas fundamentales de auto-estima, la persona pasivo-agresiva no tiene la autoconfianza para implicarse en competiciones. Duda de que pueda ganar, y si gana espera que el éxito le vuelva aún más vulnerable. Consecuentemente, inhibe una carrera competitiva y ambiciosa (ata sus propias manos) y compete en secreto. Gaylin (1984) compara la persona pasivo-agresiva con el niño del cuento el Tío Remus, que absorbe tus golpes y gana la lucha sin hacer nada más que esperar que el contrincante abandone por frustración.

En la tradición cognitivo-conductual, la pasividad-agresión se ha conceptualizado como un aprendizaje inadecuado de la asertividad (Lazarus 1971) y una inhibición de la asertividad debida a la ansiedad y el miedo a la venganza (Perry y Flannery 1982; Wolpe 1958). La conceptualización de Millón (1981) de la pasividad-agresión, que él llama negativismo, es una interesante amalgama de nociones dinámicas, cognitivo-conductuales y temperamentales. Esta personalidad es "el patrón activo-ambivalente", que refleja un conflicto entre la dependencia y la auto-aserción. Pero al contrario que otros teóricos, Millón también conceptualiza la pasividad-agresión como un carácter "emocionalmente inestable" (Klein 1968) con una afectividad irritable (es decir, fácilmente frustrada), descontento con su auto imagen (es decir, pesimista y desilusionado) y con deficientes mecanismos regulatorios de control (es decir, impulsivo). En este sentido, Millón conceptualiza la pasividad-agresión como una variante temperamental de la depresión (humor agrio), e indica numerosas descripciones en la literatura psicopatológica.

Las conceptualizaciones psicopatológicas de la pasividad-agresión también deben tener en cuenta la influencia de los factores sociales. Whitman y col. (1954) ven la pasividad-agresión como el producto de la asertividad "normal" americana transformada en pasividad por situaciones sociales ambiguas. Actualmente, esta idea es aplicable. Los problemas económicos, el cinismo político, y la conducta criminal pueden contribuir a un sentido de indefensión entre algunos sectores sociales. Muchos pacientes pasivo-agresivos se quejan de que nada de lo que hacen parece provocar cambios. Las estructuras sociales ya no les protegen, y los cambios de roles sexuales y sociales les han llevado también a una ambivalencia y a un resentimiento; esta rabia subsiguientemente se expresa como pasividad-agresión.

Cada una de estas conceptualizaciones - la psicoanalítica, cognitivo-conductual, y social - parece posicionar un conflicto fundamental entre el miedo y la rabia, la inhibición y la asertividad, la pasividad y la agresividad. El conflicto ha estado siempre en el centro de la pasividad-agresión - más que en ningún otro trastorno de personali-

dad - y por tanto ocupa un lugar único en la nomenclatura de trastornos de personalidad.

HISTORIA DEL DIAGNOSTICO

El término pasivo-agresivo fue acuñado durante la segunda guerra mundial por el Coronel William Menninger quien, en un Boletín del Departamento Técnico de Guerra (1945), identificó una reacción "inmadura" caracterizada por un "tipo de reacción neurótica ante el estrés rutinario militar, manifestado por indefensión, o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o explosiones agresivas". No es sorprendente que la conducta pasiva-agresiva fuera acuñada originariamente en un entorno militar donde los soldados están obligados a obedecer a los demás.

Aquellos que no obedecen representan una amenaza para la disciplina y eficiencia militar. Esta definición "militar" -resistencia a las demandas externas- fue uno de los primeros rasgos observados en los soldados pasivo-agresivos, e influenció subsiguientemente las definiciones de pasividad-agresión en los entornos no militares. Esta reacción inmadura resultó ser bastante común, siendo aplicable a un 6% de las admisiones de los hospitales militares, más común que ningún otro trastorno de carácter o conducta (véase Malinow 1981).

La etiqueta pasivo-agresivo se incluyó en la nomenclatura de la Administración de Veteranos en 1949 (U.S. Joined Armed Services 1949) y se mantuvo hasta el DSM-I, publicado en 1952. En el DSM-I, la personalidad pasiva-agresiva tenía tres subtipos: (a) tipo pasivo-dependiente con indefensión, (b) tipo pasivo-agresivo con inflexibilidad, procrastinación, ineficacia y obstruccionismo; (c) tipo agresivo con irritabilidad, rabieta temperamentales, resentimiento, y conducta destructiva en respuesta a la frustración, los tres tipos encubren una dependencia subyacente. Estos subtipos fueron concebidos como manifestaciones del mismo síndrome que ocurrían intercambiamente en la misma persona. En un estudio con pacientes a régimen abierto, este síndrome combinado fue diagnosticado con más frecuencia que cualquier otro síndrome de personalidad DSM-I, y el subtipo pasivo-agresivo se aplicaba al 16% de los diag-

nósticos (Whitman y col. 1954). Otros estudios hallaron que el trastorno de personalidad pasiva-agresiva se diagnosticaba en el 3 y el 9% de los casos (Small, Small, Alig y Moore 1970).

Con la publicación del DSM-II en 1968, el trastorno de personalidad pasiva-agresiva pasó a ser una categoría diagnóstica separada, ya no vinculada al tipo pasivo-dependiente o agresivo. Se definió en términos de criterios conductuales como el obstruccionismo, pero también se incluyeron consideraciones dinámicas: "esta conducta frecuentemente refleja hostilidad que la persona no se atreve a expresar abiertamente. A menudo la conducta es una expresión del resentimiento del paciente al no hallar gratificación en una relación interpersonal con una persona o institución de la que depende" (DSM-II, p.44). Dado que ahora el diagnóstico de pasividad-agresión se refiere a una motivación oculta, los autores del DSM-II cuestionan la fiabilidad del diagnóstico. Para mejorar la fiabilidad, estipularon que el término aplicarse únicamente a un limitado rango de conductas, y no a todas las expresiones de agresividad oculta. Aún así, el trastorno de personalidad pasiva-agresiva según el DSM-II seguía siendo un diagnóstico común, aplicable a más del 9% de los pacientes de un estudio (Pastemak 1974).

Durante las deliberaciones para el DSM-III, el trastorno de personalidad pasiva-agresiva fue sometido a serio ataque y fue excluido del primer borrador. El argumento del Dr. Robert Spitzer para omitir esta categoría diagnóstica fue que se trataba "meramente de una maniobra defensiva utilizada por algunas personas en posiciones de relativa debilidad (por ejemplo en entorno militar)" (véase Malinow 1981, p. 124). Así se asume que la pasividad-agresión es una reacción situacional, no un patrón general de conducta mostrado en un amplio rango de situaciones. Además, la definición sugiere que la reacción no es inapropiada dado que se produce como respuesta a un desequilibrio de poder.

El grupo de trabajo prevaleció sobre el Dr. Spitzer y en la versión publicada el trastorno de personalidad pasiva-agresiva se incluyó entre los trastornos de personalidad, definida brevemente como la resistencia indirecta a

las demandas externas manifestada por retrasar las tareas, perder el tiempo, inflexibilidad, ineficacia intencionada, y "olvidos". Sin embargo, se impuso un inusual criterio de exclusión, el trastorno de personalidad pasiva-agresiva no podía diagnosticarse en presencia de otro trastorno de personalidad. Era el único trastorno de personalidad con este criterio de exclusión. Parece que el grupo de trabajo del DSM-III no había resuelto sus dudas sobre la inclusión del TPPA en los trastornos del Eje II.

Aunque se esperaba que los trastornos de personalidad se diagnosticaran con una mayor frecuencia al aparecer separadamente en el Eje II del DSM-III, el TPPA tal y como se definía era improbable que se diagnosticara. Los estudios de investigación han aportado resultados inconsistentes a este respecto. En uno de los primeros estudios tras el DSM-III, el TPPA se diagnosticó únicamente en un 1% de los pacientes con trastornos de personalidad (Mellsop, Varghese, Joshua y Hicks 1982). Dado que la mayoría de estos pacientes cumplían criterios para más de un trastorno de personalidad comórbidos, el criterio de exclusión del TPPA había disminuido artificialmente la frecuencia de ese diagnóstico. En otro estudio que explícitamente dirigía esta cuestión (Pfohl, Coryell, Zimmerman y Stangl 1986) el TPPA se diagnosticó en un 2% de la muestra total de pacientes hospitalizados (5% de los diagnosticados con trastornos de personalidad), pero sin el criterio de exclusión se hubiera diagnosticado en el 14% de la muestra total (27% de los diagnosticados con trastornos de personalidad). Pfohl y col. concluyeron que el TPPA se debería eliminar como categoría diagnóstica dado que se solapaba con otros trastornos de personalidad. En otros estudios de pacientes con trastornos de personalidad seleccionados, la tasa de TPPA según el DSM-III oscilaba entre 8 y 52% (Morey 1988b, Widiger, Trull, Hurt, Clarkin y Francés 1987). En dos muestras de la población general, el TPPA se diagnosticó en el 2 y 18% de los sujetos con trastornos de personalidad (Samuels, Nestadt, Romanoski, Folstein y McHugh 1994; Zimmerman y Coryell 1989). El método de evaluación utilizado y la muestra seleccionada parecen contribuir a la variabilidad de los resultados.

Con la revisión del DSM-III, el concepto de TPPA se expandió para incluir las protestas injustificadas, el

obstruccionismo, el criticismo irracional, el resentimiento ante sugerencias, y la sobrevaloración de la propia productividad. Los criterios diagnósticos ya no se centraban únicamente en conductas específicas de resistencia sino que ahora cubrían el tono emocional, las actitudes, la percepción interpersonal y el conflicto interpersonal. Y lo más importante, el criterio de exclusión se eliminó. Probablemente como resultado, utilizando los criterios del DSM-III-R el TPPA se diagnosticó con mayor frecuencia (tanto como un aumento del 50% de la tasa de diagnóstico) (Morey 1988b). El TPPA según el DSM-III-R se diagnosticó en el 10 - 12% de los pacientes no hospitalizados con trastornos de personalidad (Loranger y col. 1994; Morey 1988b). Varios otros trastornos de personalidad se diagnosticaron con menor frecuencia, incluyendo el esquizo-típico, esquizoide y obsesivo-compulsivo (así como narcisista en el estudio de Morey, 1988b). En una muestra de pacientes no hospitalizados cuyo principal diagnóstico eran trastornos de ansiedad o depresivos (Sanderson, Wetzler, Beck y Betz 1992, 1994) el TPPA se diagnosticó en el 9% de aquellos con trastornos comórbidos de personalidad (4% de la muestra total). El único trastorno de personalidad diagnosticado con mayor frecuencia que los trastornos de personalidad por evitación, obsesivo-compulsivo y dependiente. En muestras de población general, el TPPA se diagnosticó en el 18% (Maier, Lichtermann, Klinger, Heum y Hallmayer 1992) y el 23% (Moldin, Rice, Erlenmeyer-Kimling y Squires-Wheeler 1994) de casos con trastornos de personalidad, proporción superior a la de la mayoría de los otros trastornos de personalidad. Estos resultados indican consistentemente que el TPPA según el DSM-III-R no es un diagnóstico infrecuente.

CRITICAS AL DSM-IV

La decisión de eliminar del DSM-IV el TPPA como un trastorno de personalidad completamente independiente se basó en varias consideraciones. La literatura revisada por el grupo de trabajo del DSM-IV preparada por Millón (1993) describía varios problemas que presumiblemente eran específicos del diagnóstico TPPA pero

que de hecho pueden tomarse como consideraciones más generales para eliminar cualquiera de los otros trastornos de personalidad. Blashfield, Sprock y Fuller (1990) han ofrecido varias directrices para la inclusión o exclusión de categorías diagnósticas en la nomenclatura psiquiátrica, incluyendo la articulación de los criterios diagnósticos, la fiabilidad del diagnóstico, la consistencia interna de los rasgos como síndrome, la cobertura del diagnóstico, la diferenciación respecto a otros trastornos, la ausencia de sesgo diagnóstico y la extensión de la literatura dirigida al trastorno. Muchas de las críticas de Millón (1993) al TPPa pueden ser comprendidas desde el marco proporcionado por Blashfield y col (1990). Las secciones siguientes consideran cada una de estas críticas.

Aceptación clínica

Una crítica apuntada por Millón (1993) era que el TPPa nunca había recibido una aceptación clínica extensa, evidenciada por la resistencia a ser incluido en las primeras versiones del DSM, su exclusión de los sistemas de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ), el uso infrecuente en la práctica clínica y la escasa mención en la literatura teórica y empírica. Aun así, la crítica no parece estar enteramente justificada. En primer lugar, el diagnóstico del TPPa no se ha negligido; de hecho, como mencionábamos antes, tiende a hallarse entre los trastornos de personalidad más diagnosticados (como indicaba Millón 1993), observación que se mantiene al considerar tanto los diagnósticos clínicos (Morey y Ochoa 1989) como los diagnósticos basados en entrevistas estructuradas (Widiger y col. 1987). Este resultado cumple los criterios de Blashfield y col (1990) de cobertura del diagnóstico. Además, ha habido varias contribuciones teóricas importantes al TPPa (Malinow 1981; Perry y Flannery 1982; Whitman y col. 1954), ciertamente no menos contribuciones que las hechas, por ejemplo, al trastorno de personalidad por evitación. Finalmente, aunque ha habido relativamente pocos artículos empíricos que se hayan centrado exclusivamente en el TPPa esto es cierto para casi todos los trastornos de personalidad con la excepción de los trastornos de personalidad límite y antisocial, ya que

estos últimos aparecen en la mayoría de estudios del Eje II publicados del (Blashfield y McElroy 1985).

Amplitud de la definición

Una segunda crítica al TPPa es que el trastorno se ha definido demasiado ampliamente, reflejando una única dimensión o constructo (Millón 1993; Shea 1992). Todos los criterios eran manifestaciones conductuales de la expresión indirecta de auto-asección u hostilidad y por lo tanto eran redundantes. En contraste, otros trastornos de personalidad, como el límite, eran más heterogéneos y comprensivos, combinando varios constructos diferentes (identidad, afecto e impulso en el caso de personalidad límite) (Hurt y col. 1990). Sin embargo, si el TPPa puede definirse con un único constructo, internamente consistente, esto puede ser un recurso más que una obligación, y de hecho la característica de consistencia interna se considera un criterio de inclusión de los trastornos según Blashfield y col. (1990). Los trastornos de personalidad definidos por dimensiones múltiples pueden conducir a grupos diagnósticos heterogéneos y a conceptos de utilidad limitada si no existe una articulación clara de la interacción de los diferentes elementos del constructo. De hecho, definir un trastorno como una manifestación extrema de un único rasgo es más coherente con la definición general de trastorno de personalidad que la mayoría de otras definiciones del Eje II. El TPPa ha demostrado unos valores de consistencia interna comparables si no superiores a la mayoría de constructos del Eje II; por ejemplo, Morey (1988b) halló que la correlación media entre criterios para los criterios pasivo-agresivos tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R estaban por encima de la mediana de las definiciones del Eje II. La asociación entre estos criterios en las muestras psiquiátricas sugiere que los rasgos no son meramente indicadores inespecíficos de deterioro. Así, el problema de falta de límites puede referirse más a la inadecuación de los criterios diagnósticos previos y no tanto a la invalidez de la dimensión.

Consistencia entre situaciones

La crítica sostenida por Millón (1993) recuerda la objeción previa del Dr. Spitzer de que el TPPa era una

reacción situacional y por lo tanto era demasiado común y no lo bastante patológica para ser considerada un trastorno de personalidad (Widiger, Francés, Spitzer y Williams 1988). Hasta cierto punto, esta crítica puede obviarse con la definición de trastorno de personalidad. Con el testimonio de que las tasas diagnósticas son representativas de la mayoría de trastornos de personalidad (Loranger y col. 1994) la pasividad-agresión frecuentemente refleja un extenso patrón de conducta, que ocurre en muchas situaciones diferentes, que causa un significativo deterioro social y ocupacional y sufrimiento subjetivo. Aunque todas las personas pueden exhibir alguna conducta pasiva-agresiva en alguna ocasión, esto no constituye una limitación del constructo. La mayoría de gente, en algún momento de su vida, experimenta ansiedad social y se siente dependiente, pero únicamente aquellas personas que experimentan ansiedad extrema y se sienten absolutamente dependientes reciben el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación o dependiente. El TPPA es una variante grave dentro del continuo conductual que va desde la normalidad a la patología, una propuesta completamente consistente con la noción de que los trastornos de personalidad son diferencias de grado más que de tipo (Morey y Glutting 1994).

También es relevante para esta cuestión el hecho de que los rasgos del TPPA pueden ser descritos claramente en términos de características de personalidad perdurables y consistentes en diferentes situaciones. Por ejemplo, Morey (1985) demostró (con una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados) que la personalidad pasiva-agresiva podía ser empíricamente descrita dentro del modelo interpersonal de personalidad, como una manifestación de estilo interpersonal hostil/sumiso. De modo similar, Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa (1994) proporcionaron una articulación conceptual del TPPA dentro del modelo de personalidad de cinco factores, caracterizado por baja conformidad y baja consciencia. Un examen empírico de esta cuestión llevado a cabo por Dyce y O'Connor (1998) confirmó que esos cinco factores proporcionaban una correlación múltiple de 0.62 para describir los rasgos del TPPA en estudiantes universitarios, valor que se situaba por encima de la

mediana de los trastornos de personalidad. Dado que tanto el circunplejo interpersonal como los cinco factores reflejan consistencias en la conducta perdurable y manifiesta en distintas situaciones, y dado que las asociaciones entre estos rasgos del TPPA se han obtenido tanto en muestras normales como clínicas, es poco probable que estos correlatos se hubieran obtenido si los rasgos del TPPA fueran de naturaleza enteramente situacional.

Millón destacó otra cuestión relacionada con el tema, el hecho de que a pesar de los cambios en los criterios operados en el DSM-III-R, el TPPA siguiera demasiado vinculado a la definición originariamente militar como la resistencia a las demandas de ejecución. El grupo de trabajo del DSM-IV pretendía una nomenclatura más "civil" (Millón 1993). Sin embargo, la resistencia pasiva a las demandas de ejecución social y ocupacional adecuada parece completamente apropiada para aplicarse al contexto civil. Como se definió previamente, el fracaso para cumplir con las expectativas en las relaciones sociales e interpersonales es tan significativo como el fracaso en el trabajo. La noción de que el rasgo de personalidad excede su contexto originariamente militar se evidencia por la frecuencia con que se puede identificar en muestras clínicas no militares.

Evitación de motivación inferida

Otra de las críticas mantenidas contra el diagnóstico de TPPA contempla las inferencias respecto la motivación y la etiología (Shea 1992). Aunque el término pasivo-agresivo implica motivación (agresión oculta), los criterios conductuales pueden ser resultado de motivaciones alternativas. Shea ofrece el ejemplo del retraso en la ejecución de las tareas, que puede ser una expresión de agresión pero puede ser también una expresión de indecisión (relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo) o de auto-duda (relacionado con el trastorno de personalidad dependiente). Cuanto más difícil es inferir la motivación subyacente, mayor es el riesgo de establecer un diagnóstico inexacto. Como norma general, el grupo de trabajo del DSM-IV intentó evitar los términos diagnósticos con connotaciones relacionadas con la motivación y la etiología.

Sin embargo, esta norma no se aplica globalmente, como demuestran las claras asunciones etiológicas en el trastorno por estrés postraumático o el trastorno psicótico inducido por el consumo de alcohol, o las asunciones motivacionales en los trastornos facticios. De hecho, un diagnóstico que tenga connotaciones sobre la etiología y las dinámicas subyacentes debería ser de gran valor. El mayor peligro para la confianza de una motivación inferida implica una desconfianza resultante o quizás incluso un sesgo en el diagnóstico, y tanto la fiabilidad como la ausencia de sesgo fueron sugeridas por Blashfield y col. (1990) como prerrequisitos para mantener un término nosológico. En general, la fiabilidad del diagnóstico de los trastornos de personalidad es inferior a la del diagnóstico de los trastornos del Eje I (Mellsop y col. 1982), lo cual puede ser debido al nivel de inferencias implicado. Sin embargo, la fiabilidad del TPPA en la mayoría de los estudios empíricos se ha considerado adecuada - y comparable o superior a la de los otros trastornos de personalidad (Loranger y col 1994; Pfohl y col. 1986). Además, no existe evidencia que sugiera que el diagnóstico de TPPA tienda a aplicarse de modo sesgado (desproporcionadamente según el sexo), a diferencia de diagnósticos como la personalidad histriónica, antisocial o límite.

Diferenciación de otros trastornos

Blashfield y col. (1990) han afirmado que para que un concepto diagnóstico sea útil debe ser distinto de otro término diagnóstico. A este respecto, está claro que el TPPA se solapa con otros trastornos de personalidad (disminuyendo los datos de comorbilidad generados por el uso del criterios de exclusión del DSM-III). Todos los trastornos de personalidad comparten una comorbilidad considerable (Morey 1988b), lo cual constituye uno de los problemas del abordaje categórico que el DSM hace de la personalidad (Widiger y col 1988). Sin embargo, el grado empírico de solapamiento del TPPA con los otros trastornos de personalidad no es superior al de los trastornos de personalidad en general (Loranger y col. 1994; Morey 1988b). De hecho, la poca limitación del constructo tal y como se ha descrito anteriormente tiende a

afilar la distinción de otros trastornos. Por ejemplo, en la matriz conceptual de relaciones de Widiger y col. (1994), el TPPA tiene un patrón relativamente exclusivo de asociaciones con el modelo de personalidad de cinco factores. Además, el estudio de análisis de categorías (Cluster analysis) de los criterios del Eje II llevado a cabo por Morey (1988a) halló que los criterios del TPPA tendían a segregarse claramente de los del resto de trastornos de personalidad.

De hecho, el TPPA siempre ha sido empíricamente bastante distinto de los otros trastornos de personalidad del grupo C, y esta distinción puede haber contribuido a los problemas de representación del constructo. Dada la naturaleza paradójica del síndrome, el TPPA no se ajusta adecuadamente en ninguno de los grupos. ¿Es esto un problema de la definición del TPPA o una limitación de la clasificación en grupos? De hecho, la extensa aplicación del diagnóstico de Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE) indica que muchos pacientes no encajan en las categorías y grupos de trastornos de personalidad.

La inclusión del TPPA en el grupo C dentro de los diagnósticos de personalidad del DSM-III y DSM-III-R, agrupa el trastorno con los caracterizados por ansiedad o miedo, como el trastorno de personalidad por evitación, dependencia u obsesivo-compulsivo. Esta colocación enfatiza la cara miedosa, inhibida, no asertiva de la ecuación, característica de los sujetos pasivo-agresivos. De hecho, el TPPA se asocia a los trastornos de personalidad dependiente y por evitación (Kass, Skodol, Charles, Spitzer y Williams 2005; Widiger y col. 1987). Pero el trastorno se asocia también frecuentemente a los trastornos de personalidad paranoide, límite y antisocial (Dowson y Berrios 1991; Samuels y col. 1994; Widiger y col. 1987; Zimmerman y Coryell 1989). Estas asociaciones enfatizan las cualidades antagónicas, manipulativas, externalizantes, mejor caracterizadas como pasivas-agresivas. Es la conducta externalizante la que distingue el TPPA de los trastornos ansiosamente reflexivos del grupo C (Widiger y Costa 1994) y los criterios de TPPA realmente se agrupan mejor con los trastornos del grupo B (Morey 1988b). La pasividad inherente al TPPA

también le diferencia de otros trastornos de personalidad antagónicos, pero esto puede reflejar una distinción jerárquicamente inferior (Morey, 1988a, 1988b). Agrupar el TPPA con los trastornos del grupo B puede ayudar a subrayar la cólera y resentimiento fundamentales que subyacen la conducta manifiesta. Parece que el TPPA no debería considerarse un trastorno de personalidad ansiosa/temerosa, y es posible que esta asignación en los DSMs previos impidiera la correcta conceptualización del trastorno.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD NEGATIVISTA

Como resultado de las limitaciones percibidas del diagnóstico de TPPA, Millona (1993) propuso una revisión "sustancial" de los criterios diagnósticos, centrada en las "actitudes negativistas". Estas se refieren al sentimiento de ser mal interpretado y no apreciado, estar malhumorado y argumentativo, despreciar la autoridad, sentir envidia y desdicha, quejarse de desgracias personales y la alternancia entre el desafío y el arrepentimiento. Al renombrar el constructo "trastorno de personalidad negativista" y llevar a cabo ciertas revisiones de los criterios diagnósticos, Millon intentó introducir una "nueva categoría" (p. 84). Como ente nueva entidad diagnóstica no se había estudiado nunca y los criterios diagnósticos nunca se habían sometido a prueba, ante la ausencia de datos empíricos, el grupo de trabajo del DSM-IV pensó que no había más opción que situarlo en el apéndice de diagnósticos provisionales. Los miembros del grupo de trabajo se sintieron incomodados ante la perspectiva de proporcionar reconocimiento oficial a un "nuevo" diagnóstico. Con esta decisión, el TPPA fue eliminado de la nomenclatura diagnóstica.

Aunque Millón (1993) intentó ensanchar y cambiar significativamente el constructo, el uso de la etiqueta "negativista" implica un cambio quizás mayor de lo que realmente es. Muchas actitudes "negativistas" ya estaban cubiertas por el DSM-III-R. ("se enfurruña, está irritable o argumentativo", "protesta sin justificación", "cree que hace las cosas mejor de lo que los demás opinan...", "resiente sugerencias útiles", "desprecia gente en posición de autoridad"). El término negativista, sin embargo, tiene

una connotación de factores temperamentales que no necesariamente se aplican a la pasividad-agresividad. Por ejemplo, "se queja de desgracia personal" no es un aspecto esencial de la pasividad-agresividad, porque no transmite agresión encubierta y dicha conducta es probable que no sea específica dentro de los trastornos de personalidad en global. Dicho rasgo es probable que sea común en muchos de los trastornos de personalidad del grupo B y probablemente conducirá a un mayor solapamiento de los diagnósticos; alternativamente, estas quedas pueden concebirse mejor como una manifestación de distimia o personalidad depresiva (Phillips, Hirschfeld, Shea y Gunderson 1995). Se necesita llevar a cabo estudios para determinar el impacto real de los criterios propuestos.

Nosotros no sólo creemos que se ha ganado poco con el término negativista, sino que pensamos que se ha perdido mucho al excluir el término pasivo-agresivo. Negativismo pierde, por un lado, el conflicto interno fundamental entre la agresión y la auto-afirmación, y por el otro el miedo y la dependencia, mientras el término pasivo-agresivo captura su estilo de personalidad y conducta único, aparentemente contradictorio.

NUESTRA CONCEPTUALIZACION

Tal y como nosotros lo definiríamos (Wetzler 1992a), la pasividad-agresión es hostilidad a la que se renuncia al ser expresada. Las personas pasivo-agresivas son reacias a cumplir las expectativas, pero comunican indirectamente su resistencia - un crimen de omisión más que de comisión. En la superficie, la conducta pasiva-agresiva parece ser inocente e inocua, pero la motivación de la conducta (es decir, la hostilidad) está encubierta. Por lo tanto las tácticas pasivo-agresivas no se identifican fácilmente; estas personas son expertos en crear discrepancias entre como intentan ser y como actúan. El trastorno puede llegar a ser incluso más frustrante y perturbador para las personas que se relacionan con las personas que lo padecen de lo que es para las personas con el trastorno.

El rasgo central de la pasividad-agresión es una resistencia a cumplir las expectativas. Estas personas son obstruccionistas que intentan frustrar y bloquear el progreso, asumiendo más y más responsabilidades hasta que su

vida no es más que trabajos inacabados. El retraso en la ejecución de las tareas se convierte en su rutina. Curiosamente, las personas pasivo-agresivas se sienten víctimas y se quejan de que los demás les acusan injustamente o les piden cosas irracionales. Son expertos en mensajes confusos y propuestas inespecíficas, cuando cuentan algo, no queda claro si han dicho realmente que sí o que no. Los suspiros profundos, el enfurruñarse y las insinuaciones ambiguas son sus medios preferidos de comunicación.

Aunque los rasgos pasivo-agresivos se identificaron originariamente en los entornos militares, se hallan en cualquier entorno en el que las personas interpretan equivocadamente las relaciones personales como disputas en las que ellos son impotentes. En este sentido, la pasividad-agresión es el (típicamente fútil) intento del débil de contrariar a la autoridad percibida. Las esposas, los miembros de la familia, los compañeros de trabajo y los jefes son funcionalmente transformados en expertos sargentos y dictadores. Sea o no real la lucha de poder, cuando alguien carece de la confianza para desafiar a la autoridad directamente, expresa su resistencia indirectamente, de modo encubierto y su responsabilidad se declina con una lista de excusas complicadas. Es esta manera oculta de expresar la hostilidad la que se ha perdido al excluir el término pasivo-agresivo de la nomenclatura.

CONCLUSIONES

Al renombrar y relegar el TPPA al apéndice, el grupo de trabajo del DSM-IV puede haberlo condenado a muerte. El que antaño era uno de los trastornos de personalidad más prevalente ara oficialmente no existe. Desde un punto de vista de investigación, el TPPA tiene unas propiedades comparables a las de la mayoría de categorías diagnósticas del Eje II, puede diagnosticarse con fiabilidad, es bastante frecuente, y tiene una buena consistencia interna. Como todos los trastornos de personalidad, la fiabilidad clasificatoria para el diagnóstico de TPPA no es tan buena como la de la mayoría de los trastornos del Eje I, quizás debido al nivel de inferencias que requiere. Estas inferencias, sin embargo, son necesarias para todos los trastornos de personalidad.

Aunque puede ser difícil diferenciar el TPPA de otros trastornos de personalidad, esta limitación es común a todos los trastornos de personalidad. Por lo menos podemos concluir que el TPPA no es menos válido que los otros trastornos de personalidad. Por lo tanto, no está claro qué base empírica hizo necesario un cambio en la nomenclatura diagnóstica. Dado que hay costes asociados a los cambios en la nomenclatura diagnóstica (Zimmerman 1988), los cambios no debería hacerse a la ligera. Considerando todas las fuentes de información así como todos los datos empíricos disponibles, la decisión de eliminar el diagnóstico pasivo-agresivo puede representar un precedente problemático para los cambios en futuras ediciones del DSM.

El argumento más fuerte a favor del TPPA es su importancia como concepto clínico descriptivo de rasgos de personalidad que no captan los otros trastornos de personalidad. Hasta cierto punto es esta utilidad clínica la que puede haber diluido su significado. Pasivo-agresivo se ha convertido en una acusación rutinaria, aplicable a cualquiera persona que se sienta frustrado por alguien (Wetzler 1992b). Quizás las objeciones al TPPA tienen que ver con su uso inapropiado, especialmente por gente no especialista. Esto no debería ser una justificación adecuada para excluir el constructo, no más que excluir el concepto de manía porque popularmente nos referimos a los demás como "maníacos". Tenemos la esperanza de que el grupo de trabajo del DSM-V tomara en seria consideración la reincorporación del TPPA entre los trastornos de personalidad.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM K, The influence of oral eroticism character formation, In K Abraham, ed, Selected Papers on Psychoanalysis, Hogarth, 1924

BLASHFIELD R K, and McELROY R A, The 1985 journal literature on the personality disorders; *Comprehensive Psychiatry* (1987)28:536-46

BLASHFIELD R K, sprock j, and FULLER A K, Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV; *Comprehensive Psychiatry* (1990)31:15-19

BLOS P, The second individuation process in adolescence, *Psychoanalytic Study of the Child* (1967)22:162-86

DOWSON J H, and BERRIOS G E, Factor structure of DSM-III-R personality disorders shown by self-report questionnaire: Implications for classifying and assessing personality disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavia* (1991)84:197-218

DYCE J A, and O'CONNOR B P, Personality disorders and the five-factor model: A test of facet level predictins, *Journal of Personality Disorders* (1998)12:31-45

GAYLIN W, *The Rage Within: Anger in Modern Life*, Simon and Schuster, 1984

HURT S W, CLARKIN J F, WIDIGER T A, FYER M R, SULLIVAN T, STONE M H, and FRANCES A, An evaluation of DSM-III decision rules for case detection using joint probably structures, *Journal of Personality Disorders* (1990)4:121-30

KASS F, SKODOL A E, CHARLES E, SPITZER R L, and WILLIAMS J B W, Scaled rating of DSM-III personality disorders, *American Journal of Psychiatry* (1985)142:627-30

KERNBERG O, *Severe Personality Disorders*, Yale Univerity Press, 1984

KLEIN D, *Psychiatric diagnosis and a typology of clinical drug effects*, *Psychopharmacologia (Berlin)* (1986)13:359-86

LAZARUS A, *Behavior Therapy and Beyond*, McGraw-Hill, 1971

LORANGER A W, SARTORIUS N, ANDREOLI A, BERGER P, BUCHHEIM P, CHANNABASAVANNA S M, COID B, DAHL A, DIEKSTRA R F W, FERGUSON B, JACOBSBERG L B, MOMBOUR W, PULL C, ONO Y, and REGIER D A, The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders, *Archives of General Psychiatry* (1994)51:215-24

MAHLER M S, *The Psychological Birth of the Human Infant*, Basic Books, 1975

MAIER W, LICHTERMANN D, KLINGLER T, HEUN R, and HALLMAYER J, Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community, *Journal of Personality Disorders* (1992)6:187-96

MALINOW K, Passive-aggressive personality, In: J Lion ed, *Personality Disorders: Disgnosis and Management*, 2nd ed (pp 121-132) Williams and Wilkins, 1981

MELLSOP G, VARGHESE F, JOSHUA S, and HICKS A, The reliability of Axis II of DSM-IH, *American Journal of Psychiatry* (1982) 139:1360-1

MILLON T, *Disorders of Personality: DSM-III Axis II*, John Wiley, 1981

MILLON T, Negativistic (passive-aggressive) personality disorder, *Journal of Personality Disorders* (1993)7:78-85

MOLDIN S O, RICE J P, ERLNMEYER-KIMLING L and SQUIRES-WHEELER E, Latent structure of DSM-III-R Axis IIpsychopharmacology (1994)103:259-66

MOREY L C, An empirical comparison of interpersonal and DSM-III approaches to classification of personality disorders, *Psychiarty* (1985)48:358-64

MOREY L C, The categorical representation of personality disorder: A cluster analysys of DSM-III-R personality features, *Journal of Abnormal Psychology* (1988a)97:314-21

MOREY L C, Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage and internal consistence, *American Journal of Psychiatry* (1988b) 145:573-7

MOREY L C, and GLUTTING J H, *The Personality Assesment Inventory: Correlates with normal and abnormal personality*, In S Strack and M Lorr, eds *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (pp 402-420) Springer, 1994

MOREY L C, and OCHOA E S, An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders, *Journal of Personality Disorders* (1989)3:180-92

PASTERNAK S A, The explosive, antisocial, and passive-aggressive personalities. In J R Lion, ed *Personality Disorders* (pp 78-94) Williams and Wilkins, 1974

PERRY J C, and FLANNERY R B, Passive-aggressive personality disorder: Treatment of a clinical typology, *Journal of Nervous and Mental Disease* (1982) 170:164-73

PFOHIB, CORYELL W, ZIMMERMAN M, and STANGL D, DSM-III personality-disorders: Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria, *Comprehensive Psychiatry* (1986)27:21-34

PHILIPS K A, HIRSCHFELD, R M A, SHEA M T, and GUNDERSON, J G, Depressive personality disorder, In W J Livesley ed, *The DSM-III Persoanlity Disorders* (pp 287-302) Guilford Press, 1995

REICH W R, *Character Analysis*, 3rd ed Simon and Schuster, 1949

SAMUELS J F, NESTANDT G, ROMANOSKI A J, FOLSTEIN M F, and McHUGH P R, DSM-III personality disorders in the community, *American Journal of Psychiatry* (1994) 151:1055-62

SANDERSON W C, WETZLER S, BECK A T, and BETZ F, Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia, *Psychiatry Research* (1992)42:93-9

SANDERSON W C, WETZLER S, BECK A T, and BETZ F, Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders, *Psychiatry Research* (1994)51:167-74

SHEA M T, Some characteristics of the Axis II criteria sets and their implications for assessment of personality disorders, *Journal of Personality Disorders* (1992) 6:377-81

SMALL I F, SMALL J G, ALIG V B, and MOORE D F, Passive-Aggressive personality disorder: A search for a syndrome, *American Journal of Psychiatry* (1970) 126:973-81

U S JOINT ARMED SERVICES, Nomenclature and Methods of Recording Mental Conditions, Author, 1949

U S WAR DEPARTMENT, Nomenclature and method of recording diagnoses, War Department Technical Bulletin, Med 203, Author, October, 1945

WEITZLER S, *Living With the Passive-Aggressive Man*, Simon and Schuster, 1992a

WETZLER S, Sugarcoated hostility, *Newsweek* (1992b, October 12) p 14

WHITMAN R, TORSMAN H, and KOENIG R, Clinical assessment of passive-aggressive personality, *Archives of Neurology and Psychiatry* (1954) 72:540-9

WIDIGER T A, and COSTA P T, Personality and personality disorders, *Journal of Abnormal Psychology* (1994) 103:78-91

WIDIGER T A, FRANCES A SPITZER R L, and WILLIAMS J B W The DSM-III-R personality disorders: An overview, *American Journal of Psychiatry* (1988) 145:786-95

WIDIGER T A, TRULL T J, CLARKIN J F, SANDERSON C, and COSTA P T A, A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality, In P T, Costa and T A Widiger, eds; *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp 41-56) American Psychological Association, 1994

WIDIGER T A, TRULL T J, HURT S W, CLARKIN J, and FRANCES A A multidimensional scaling of DSM-III personality disorders, *Archives of General Psychiatry* (1987) 44:557-63

WOLPE J, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, 1958

ZIMMERMAN M, Why are we rushing to publish DSM-IV;,, *Archives of General Psychiatry* (1988) 45:1135-8

ZIMMERMAN M, and CORYELL W, DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity, - *Archives of General Psychiatry* (1989) 46:682-9