

**Nancy
McWilliams**



EL DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO

Comprender la estructura de la personalidad
en el proceso clínico



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

EL DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO

**Comprender la estructura de la personalidad
en el proceso clínico**

NANCY McWILLIAMS

EL DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO

**Comprender la estructura de la personalidad
en el proceso clínico**

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS. Second edition.

Understanding Personality Structure in the Clinical Process

© 2011 by The Guilford Press. Nueva York, EE. UU.

This edition is published by arrangement with Guilford Publications Inc.
through International Editors and Yañez' Co.

Traducción: Ramón Alfonso Díez Aragón

Supervisores técnicos: Lisi Amaya y Agustín Béjar

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2025

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos

–www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España. *Printed in Spain*

ISBN: 978-84-330-3297-3

Depósito legal: BI-00077-2025

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

En agradecida memoria de

Howard Gordon Riley,
Millicent Wood Riley
y Jane Ayers Riley.

Índice

Sobre la autora	XV
Agradecimientos	XVII
Prólogo de la autora a la 2ª edición	XIX
Prólogo de la autora a la edición española	XXV
Prólogo del director de la colección	XXIX
Introducción	1
Comentario sobre la terminología	2
Comentario sobre el estilo	4

Primera parte **Cuestiones conceptuales**

Introducción a la primera parte	5
1. ¿Por qué el diagnóstico?	7
Diagnóstico psicoanalítico frente a diagnóstico psiquiátrico descriptivo	9
La planificación del tratamiento	11
Las implicaciones del pronóstico	12
La protección del cliente	13

La comunicación de la empatía	14
Prevenir las huidas del tratamiento	16
Prestaciones complementarias	16
Límites de la utilidad del diagnóstico	18
Sugerencias de lecturas complementarias	19
2. El diagnóstico psicoanalítico del carácter	21
La teoría clásica freudiana de la pulsión y su inclinación evolutiva.	23
La psicología del yo.	27
La teoría de las relaciones objetales	31
La psicología del self.	36
El movimiento relacional contemporáneo	39
Otras aportaciones psicoanalíticas a la evaluación de la personalidad	40
Resumen	41
Sugerencias de lecturas complementarias	41
3. Niveles de desarrollo de la organización de la personalidad.	43
El contexto histórico: diagnosticar el nivel de patología del carácter	45
Visión de conjunto del espectro neurótico-límite-psicótico	55
Resumen	67
Sugerencias de lecturas complementarias	68
4. Implicaciones de los niveles de desarrollo de la organización	70
Terapia con pacientes de nivel neurótico	71
Terapia con pacientes de nivel psicótico	74
Terapia con pacientes límite	83
Interacción de las dimensiones madurativas y tipológicas del carácter	95
Resumen	97
Sugerencias de lecturas complementarias	98
5. Procesos defensivos primarios	100
Retraimiento extremo	104
Negación	105
Control omnipotente.	107
Idealización y devaluación extremas.	108
Proyección, introyección e identificación proyectiva.	111
Escisión del yo.	116
Somatización.	117
Actuación (escenificación o enactuación defensiva).	119
Sexualización (libidinización)	121
Disociación extrema	123
Resumen	125
Sugerencias de lecturas complementarias	125

6. Procesos defensivos secundarios	126
Represión	127
Regresión	129
Aislamiento del afecto	131
Intelectualización	132
Racionalización	133
Moralización	134
Compartimentación	135
Anulación	136
Vuelta contra sí mismo	138
Desplazamiento	139
Formación reactiva	140
Inversión	142
Identificación	143
Sublimación	146
Humor	148
Comentarios conclusivos	148
Resumen	149
Sugerencias de lecturas complementarias	150

Segunda parte
Tipos de organización del carácter

Introducción a la segunda parte	151
Justificación de la organización de los capítulos	152
Carácter, patología del carácter y factores situacionales	153
Límites en el cambio de personalidad	155
7. Personalidades psicopáticas (antisociales)	157
Pulsión, afecto y temperamento en la psicopatía	158
Procesos defensivos y adaptativos en la psicopatía	160
Patrones relacionales en la psicopatía	162
El self psicopático	164
Transferencia y contratransferencia con pacientes psicopáticos	166
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de psicopatía	167
Diagnóstico diferencial	172
Resumen	174
Sugerencias de lecturas complementarias	174
8. Personalidades narcisistas	176
Pulsión, afecto y temperamento en el narcisismo	179
Procesos defensivos y adaptativos en el narcisismo	180
Patrones relacionales en el narcisismo	182

El self narcisista	185
Transferencia y contratransferencia con pacientes narcisistas.	186
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico del narcisismo.	188
Diagnóstico diferencial	192
Resumen	194
Sugerencias de lecturas complementarias	195
 9. Personalidades esquizoides	 196
Pulsión, afecto y temperamento en la psicología esquizoide.	198
Procesos defensivos y adaptativos en la psicología esquizoide	200
Patrones relacionales en la psicología esquizoide	201
El self esquizoide	204
Transferencia y contratransferencia con pacientes esquizoides	206
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad esquizoide	208
Diagnóstico diferencial	211
Resumen	212
Sugerencias de lecturas complementarias	213
 10. Personalidades paranoides	 214
Pulsión, afecto y temperamento en la paranoia	216
Procesos defensivos y adaptativos en la paranoia	218
Patrones relacionales en la psicología paranoide.	220
El self paranoico.	223
Transferencia y contratransferencia con pacientes paranoicos	225
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad paranoide	226
Diagnóstico diferencial	232
Resumen	233
Sugerencias de lecturas complementarias	234
 11. Personalidades depresivas y maníacas	 235
Personalidades depresivas	236
Pulsión, afecto y temperamento en la depresión	238
Procesos defensivos y adaptativos en la depresión.	240
Patrones relacionales en la psicología depresiva	242
El self depresivo	245
Transferencia y contratransferencia con pacientes depresivos.	248
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad depresiva	250
Diagnóstico diferencial	254
Personalidades hipomaníacas (ciclotímicas)	256
Pulsión, afecto y temperamento en la manía	257
Procesos defensivos y adaptativos en la manía	258
Patrones relacionales en la psicología maníaca	258

El self maníaco	259
Transferencia y contratransferencia con pacientes maníacos	259
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad hipomaníaca	260
Diagnóstico diferencial	262
Resumen	264
Sugerencias de lecturas complementarias	265
 12. Personalidades masoquistas (autodestructivas)	 267
Pulsión, afecto y temperamento en el masoquismo	270
Procesos defensivos y adaptativos en el masoquismo	271
Patrones relacionales en la psicología masoquista	274
El self masoquista	277
Transferencia y contratransferencia con pacientes masoquistas	278
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad masoquista	281
Diagnóstico diferencial	285
Resumen	287
Sugerencias de lecturas complementarias	288
 13. Personalidades obsesivas y compulsivas	 289
Pulsión, afecto y temperamento en la obsesión y la compulsión	291
Procesos defensivos y adaptativos en la obsesión y la compulsión	293
Patrones relacionales en las psicologías obsesivas y compulsivas	296
El self obsesivo-compulsivo	300
Transferencia y contratransferencia con pacientes obsesivos y compulsivos	302
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad obsesiva o compulsiva	304
Diagnóstico diferencial	308
Resumen	310
Sugerencias de lecturas complementarias	310
 14. Personalidades histéricas (histriónicas)	 311
Pulsión, afecto y temperamento en la histeria	313
Procesos defensivos y adaptativos en la histeria	315
Patrones relacionales en la psicología histérica	318
El self histérico	320
Transferencia y contratransferencia con pacientes histéricos	323
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de personalidad histérica	326
Diagnóstico diferencial	327
Resumen	330
Sugerencias de lecturas complementarias	331

15. Psicologías disociativas	332
Pulsión, afecto y temperamento en los trastornos disociativos	338
Procesos defensivos y adaptativos en los trastornos disociativos	339
Patrones relacionales en los trastornos disociativos	341
El self disociativo	344
Transferencia y contratransferencia con pacientes disociativos	346
Implicaciones terapéuticas del diagnóstico de un trastorno disociativo	348
Diagnóstico diferencial	352
Resumen	356
Sugerencias de lecturas complementarias	357
Anexo. Formato sugerido para la entrevista diagnóstica	359
Datos demográficos	359
Problemas actuales y su aparición	359
Historia personal	359
Presentación actual (estado mental)	360
Temas conclusivos	361
Inferencias	361
Bibliografía	363
Índice onomástico	407
Índice de materias	416

Sobre la autora

La Dra. Nancy McWilliams fue profesora de Psicología Aplicada y Profesional de Rutgers, en la Universidad Estatal de Nueva Jersey. Así mismo, fue presidenta de la División de Psicoanálisis (39) de la Asociación Estadounidense de Psicología, formando forma parte del consejo editorial de *Psychoanalytic Psychology*. Sus libros se han traducido a veinte lenguas y ha pronunciado numerosas conferencias en el ámbito nacional e internacional. Ha sido galardonada con el premio Rosalee Weiss por su contribución a la práctica de la División de Profesionales Independientes de la Asociación Estadounidense de Psicología. Es miembro honorario de la Asociación Psicoanalítica Estadounidense y ha recibido, como conferenciante visitante, el premio Robert S. Wallerstein de Psicoterapia y Psicoanálisis en la Universidad de California en San Francisco. Graduada por la Asociación Nacional de Psicología para el Psicoanálisis, la Dra. McWilliams también está afiliada al Centro de Psicoanálisis y Psicoterapia de Nueva Jersey y al Programa Nacional de Formación del Instituto Nacional de Psicoterapias de Nueva York.

Agradecimientos

En la primera edición de *Psychoanalytic Diagnosis* di las gracias a mis clientes y a prácticamente toda mi comunidad de colegas. Ahora es aún más cierto que este libro es producto de todo un «clima de opinión» (robándole a W. H. Auden la imagen que tenía de Freud). En ese volumen puse de relieve que mi organización de los niveles y tipos de personalidad no era «mi» taxonomía, sino mi mejor esfuerzo por representar las ideas psicoanalíticas dominantes. En este punto, dadas las controversias actuales entre los analistas sobre si el diagnóstico en sí mismo es valioso (el tema de un coloquio en línea de 2009 de la Asociación Internacional de Psicoanálisis Relacional y Psicoterapia), no puedo presumir de representar el centro de gravedad diagnóstico del movimiento psicoanalítico. Y, sin embargo, este libro abarca mucho más que mi propio pensamiento. Durante varios años he pedido a los profesionales que me enviaran por correo electrónico sus críticas sobre cualquier afirmación de la primera edición que no se ajustara a su experiencia clínica. Un gran número de terapeutas, entre ellos muchos que ejercen en otros países y en entornos muy diferentes a los míos, me han escrito para decirme que esta conceptualización apoya su propia experiencia clínica. Algunos han aceptado mi invitación a criticar, y he integrado muchas de sus sugerencias al reescribir varios capítulos.

Además de las personas que nombré en 1994, son tantas las que han contribuido a esta revisión que no puedo enumerarlas aquí. Pero debo destacar a Richard Chefetz, que dedicó muchas horas a criticar el capítulo sobre disociación y a instruirme sobre los descubrimientos contemporáneos acerca de los traumas. También estoy agradecida a Daniel Gaztembide (y a Brenna Bry, mi jefa de departamento –una skinneriana radical que aprecia el psicoanálisis–, que astutamente me lo asignó como estudiante «en prácticas»). Daniel me enviaba

regularmente resúmenes sobre investigaciones y teorías destacadas. Por su sabiduría psicoanalítica y su fina sensibilidad para los matices he contado, como siempre, con mi amigo Kerry Gordon. Por su ojo de lince para detectar erratas doy las gracias a Tim Paterson. Por último, por su amistad y franqueza quiero dar las gracias a algunos colegas que han influido en mí en los años transcurridos desde la primera edición: Neil Altman, Sandra Bem, Louis Berger, Ghislaine Boulanger, el difunto Stanley Greenspan, Judith Hyde, Deborah Luepnitz, William MacGillivray, David Pincus, Jan Resnick, Henry Seiden, Jonathan Shedler, Mark Siegert, Joyce Slochower, Robert Wallerstein, Bryant Welch y Drew Westen. Y gracias a las numerosas personas, no mencionadas, cuyas ideas han sido incorporadas a este libro. Por lo que respecta a los errores y malentendidos, hay que atribuirlos solamente a mí.

Prólogo

de la autora a la 2^a edición

Cuando escribí el primer manuscrito de *Psychoanalytic Diagnosis* [Diagnóstico psicoanalítico], sabía por mi experiencia como profesora que los estudiantes y los psicoterapeutas principiantes necesitaban conocer el diagnóstico inferencial, dimensional, contextual y biopsicosocial que había precedido a la era inaugurada por la publicación en 1980 de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*] de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. En particular, quería mantener viva la sensibilidad que representaban décadas de experiencia y conversaciones clínicas, en las que los seres humanos han sido vistos como conjuntos complejos y no como colecciones de síntomas comórbidos. También me di cuenta de lo confuso que resultaba, incluso para los estudiantes de orientación psicodinámica, tratar de dominar la desconcertante diversidad de lenguajes, metáforas y énfasis teóricos que comprende la tradición psicoanalítica. La necesidad de una síntesis de la extensa y polémica historia de la teoría analítica, en lo que se refiere a la comprensión de los pacientes individuales, era evidente.

A principios de la década de 1990 también alimentaba la débil esperanza de que el libro influyera de alguna manera en la política de salud mental y en nuestra concepción culturalmente compartida de la psicoterapia, que estaban empezando a transformarse de forma inquietante. No hubo suerte: la amplitud y la profundidad del cambio desde entonces han sido asombrosas. Por una serie de razones interrelacionadas, las formas psicodinámicas –e incluso ampliamente humanistas (véase Cain, 2010)– de entender y tratar a las personas se han devaluado, y la probabilidad de que un paciente con una patología significativa del carácter –la marca distintiva de la mayoría de los tratamientos psicodinámico– encuentre una ayuda genuina y duradera en el sistema de salud mental ha caído, en mi opinión, en picado. A medida que el movimiento cognitivo-conductual sigue desarrollándose, algunos de quienes lo practican han llegado a estar tan

molestos con estos desarrollos como lo han estado los terapeutas analíticos; mi colega Milton Spett, de orientación cognitivo-conductual [TCC], se quejaba recientemente (comunicación por correo electrónico, 28 de mayo de 2010), en reacción a esta tendencia: «Tratamos pacientes, no trastornos».

Las fuerzas políticas y económicas explican gran parte de este cambio (véase Mayes y Horwitz, 2005, para la historia política del cambio de paradigma en el área de las enfermedades mentales «de entidades amplias, etiológicamente definidas, que estaban en continuidad con la normalidad, a enfermedades categóricas basadas en síntomas» [p. 249]). Al menos en los Estados Unidos, los intereses empresariales –sobre todo los de las compañías de seguros y la industria farmacéutica– han remodelado y redefinido la psicoterapia de acuerdo con su objetivo: maximizar los beneficios. En aras del control de costes a corto plazo, se ha producido un retroceso en el progreso de décadas en la ayuda a individuos con problemas complejos de personalidad, no porque carezcamos de habilidad para ayudarlos, sino porque las aseguradoras, tras comercializar sus planes de atención gestionada a las empresas con la pretensión de que proporcionarían una cobertura «integral» de salud mental, más tarde se negaron arbitrariamente a cubrir las afecciones del eje II.

Mientras tanto, las empresas farmacéuticas tienen mucho interés en interpretar los problemas psicológicos como enfermedades diferenciadas y reificadas para poder comercializar medicamentos que traten cada afección. En consecuencia, ya no se hace hincapié en la curación profunda de los conflictos personales graves, sino en el esfuerzo circunscrito a cambiar los comportamientos que interfieren en el buen funcionamiento en el trabajo o la escuela. Cuando escribí la primera edición de este libro, no me di cuenta de que el pronóstico de la terapia orientada a la persona (en contraposición a la orientada al síntoma) se tornaría mucho más grave en los años posteriores a su publicación (véase McWilliams, 2005a, para una exposición más detallada de esta lamentación).

El clima en el que ejercen actualmente los terapeutas en mi país es mucho más inclemente que en 1994. Los profesionales contemporáneos se ven asediados por personas que sufren y necesitan cuidados intensivos a largo plazo (¿puede alguien argumentar de forma convincente que la psicopatología está *disminuyendo* en el contexto de los cambios sociales, políticos, económicos y tecnológicos contemporáneos?). Se espera de ellos que vean a los pacientes cada dos semanas, o incluso con menos frecuencia, y que lleven una carga de trabajo tan grande que les resulta imposible establecer una auténtica conexión con cada uno de sus clientes y preocuparse por ellos. Están sobrecargados por el papeleo, por los esfuerzos por justificar incluso el tratamiento menos ambiguo ante empleados anónimos de compañías de seguros, por la necesidad de traducir sus esfuerzos por ayudar a los clientes a construirse a sí mismos como agentes en eslóganes como «progreso en las conductas objetivo». El «diagnóstico» oficial bajo tales presiones puede ser a menudo cínico en su espíritu y, por tanto, en su función, ya que los clínicos etiquetan a los pacientes de formas que tengan cabida en la cobertura del seguro y, al mismo tiempo, los estigmaticen lo menos posible.

Irónicamente, el estado actual de las cosas hace que sea más importante que los psicoterapeutas tengan un sentido heurístico pero científicamente ilustrado de la psicología general de cada paciente. Si uno quiere tener un impacto a corto plazo, más vale que cuente con alguna base expedita para predecir si una persona reaccionará a un comentario comprensivo con alivio, desvalorizando al terapeuta o con una desoladora sensación de no ser comprendida. Por lo tanto, ahora hay una necesidad aún mayor que en 1994 de reafirmar el valor del diagnóstico de personalidad que es inferencial, contextual, dimensional y apreciativo de la experiencia subjetiva del paciente. Mi trabajo en el desarrollo del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) [Manual diagnóstico psicodinámico] da fe de esta preocupación, pero en ese documento lo que se podía decir sobre cualquier tipo o nivel de organización de la personalidad se limitaba a unos pocos párrafos, mientras que aquí puedo desarrollarlo más plenamente.

Una fuente indirecta de la devaluación contemporánea generalizada de la tradición psicoanalítica puede ser el creciente abismo entre académicos y terapeutas. Siempre ha existido cierto grado de tensión entre estos dos grupos, en gran parte debido a las diferentes sensibilidades de los individuos atraídos por un papel o por el otro. Pero el abismo se ha agrandado enormemente debido a las crecientes presiones sobre los académicos para que obtengan subvenciones y acumulen rápidamente publicaciones de investigación. Incluso los profesores a los que les gustaría tener una pequeña consulta serían insensatos si lo hicieran en el actual clima académico, sobre todo mientras buscan la titularidad. Como resultado, pocos académicos saben lo que se siente al trabajar intensamente con personas con problemas graves o complejos. La brecha entre investigadores y profesionales también se ha ampliado inadvertidamente por el crecimiento de las escuelas profesionales de psicología, donde los aspirantes a terapeutas tienen pocas oportunidades para el intercambio mutuamente enriquecedor con mentores dedicados a la investigación.

Uno de los resultados de esta fisura más amplia es que las formulaciones psicodinámicas de la personalidad y la psicopatología, que surgieron más de la experiencia clínica y la observación naturalista que de los laboratorios de los psicólogos académicos, se han presentado con demasiada frecuencia a los estudiantes universitarios como arcaicas, irrelevantes y empíricamente desacreditadas. Aunque normalmente se ignoran décadas de investigación sobre conceptos analíticos cuando los críticos actuales idealizan tratamientos específicos basados en la evidencia –en sus libros de 1985 y 1996, Fisher y Greenberg revisaron más de 2.500 estudios de este tipo–, la escasez de ensayos controlados aleatorizados de terapia psicodinámica abierta nos ha costado muy cara. Además, la arrogancia de muchos analistas en el apogeo del psicoanálisis, especialmente su creencia de que lo que experimentaban con cada paciente era demasiado idiosincrásico para ser investigable, contribuyó al desarrollo de los estereotipos negativos que tenían los colegas no clínicos.

Incluso ahora, cuando algunos trabajos empíricos ejemplares han demostrado la eficacia de los tratamientos analíticos (por ejemplo, Leichsenring y Rabung,

2008; Shedler, 2010), nos queda el legado político contraproducente del desprecio de muchos psicoanalistas hacia la investigación sobre el proceso analítico. La creciente transformación de la psicología clínica en una «ciencia» positivista, los esfuerzos de contención de costes por parte de las compañías de seguros, los intereses económicos de la industria farmacéutica y la reacción despectiva de algunos analistas ante cualquier tipo de investigación de resultados han generado la «tormenta perfecta» que ha llevado a la devaluación de la psicología psicodinámica y la psicoterapia.

Desgracias contemporáneas aparte, hay otros acicates para la revisión de este libro. Desde su publicación original, los neurocientíficos cognitivos y afectivos han empezado a esclarecer las bases genéticas, fisiológicas y químicas de los estados psicológicos. La investigación sobre la infancia, especialmente sobre el apego, el bebé conceptual del psicoanalista John Bowlby, ha añadido nuevos ángulos de visión a nuestra comprensión del desarrollo de la personalidad. El movimiento relacional ha suscitado un importante cambio de paradigma en amplios sectores de la comunidad psicoanalítica. Los terapeutas cognitivos y conductuales, a medida que su movimiento ha madurado y sus profesionales han trabajado con pacientes más complejos, están desarrollando conceptos de personalidad que son notablemente similares a los antiguos conceptos psicoanalíticos. Y mi propio aprendizaje continúa. Ahora sé más sobre las teorías sullivanianas, neokleinianas y lacanianas que lo que sabía en 1994. Me he beneficiado de las críticas de los profesores que han recomendado la lectura de la primera edición de *Psychoanalytic Diagnosis*, de los estudiantes a los que han enseñado y de los colegas que lo han leído. Y he tenido veinte años más de experiencia clínica desde que concebí el libro.

No me sorprendió del todo el éxito de la primera edición en Norteamérica. Mientras la escribía, sospechaba que no era ni mucho menos la única persona que sentía la falta de un texto así para los estudiantes de psicoterapia. Pero su recepción internacional me ha asombrado, especialmente la calurosa acogida por parte de terapeutas de países tan diversos como Rumanía, Corea, Dinamarca, Irán, Panamá, China, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Su popularidad en mi propio país me ha valido invitaciones para hablar en subculturas inesperadas de la salud mental (por ejemplo, a psiquiatras de las Fuerzas Aéreas, consejeros pastorales evangélicos, psicólogos de prisiones y especialistas en adicciones), y su impacto más allá de las fronteras norteamericanas me ha permitido entrar en contacto con terapeutas de todo el mundo, que me han enseñado las dinámicas de personalidad a las que se enfrentan con más frecuencia. En Rusia me sugirieron que el carácter nacional es masoquista; en Suecia, esquizoide; en Polonia, postraumático; en Australia, contradependiente; en Italia, histórico. En Turquía, los terapeutas que trabajan en aldeas tradicionales describen pacientes que se parecen mucho a las mujeres sexualmente inhibidas tratadas por Freud, una versión de la personalidad histérica que prácticamente ha desaparecido de las culturas occidentales contemporáneas. Esta exposición a la psicoterapia alrededor del mundo ha sido una experiencia estimulante, y espero que haya enriquecido esta revisión.

A instancias de colegas que trabajan en culturas más tradicionales y colectivistas en las que el sufrimiento emocional se expresa a menudo a través del cuerpo (por ejemplo, con grupos de nativos americanos y en comunidades de Asia oriental y meridional), he ampliado la sección sobre somatización y he sugerido la utilidad del concepto de un tipo de personalidad organizado en torno a esa defensa. He revisado mi visión de las defensas, incluyendo la somatización, el *acting out* [en adelante, *actuación*, un mecanismo de defensa psicológico, en el cual una conducta es llevada a cabo de forma impulsiva e inconsciente, sin comprender los motivos de esa conducta] y la sexualización con los mecanismos más primarios. Por razones de extensión, y para evitar contribuir a cualquier tendencia a patologizar a las personas de culturas donde la somatización es la norma, decidí no dedicar un capítulo completo a las personalidades somatizadoras. Los lectores que deseen aprender más sobre el tratamiento de las personas que enferman físicamente de forma regular y problemática, y sobre otras personalidades que no se tratan aquí (por ejemplo, personas sádicas y sadomasoquistas, fóbicas y contrafóbicas, dependientes y contradependientes, pasivo-agresivas y ansiosas crónicas), encontrarán ayuda en el PDM.

En algunas partes de esta segunda edición he cambiado muy poco, excepto para tratar de hacer más precisa la redacción, observando la máxima «Si funciona, no lo toques». En otras ha habido una revisión más ambiciosa a la luz de nuevos hallazgos empíricos y nuevas perspectivas teóricas. Las observaciones psicoanalíticas del desarrollo han ido mucho más allá de Mahler, y la neurociencia contemporánea ha empezado a identificar procesos cerebrales clínicamente relevantes que antes solo podíamos describir metafóricamente. Los investigadores del apego han ampliado nuestra comprensión de la relación y han acuñado términos (por ejemplo, *mentalización*, *funcionamiento reflexivo*) que captan procesos fundamentales para la salud mental en general. Los neurocientíficos han corregido algunas de nuestras creencias erróneas (por ejemplo, que el pensamiento precede al afecto o que la memoria de un trauma extremo es recuperable [Solms y Turnbull, 2002]) y han ampliado enormemente nuestro conocimiento del temperamento, la pulsión, el impulso, el afecto y la cognición. Se han realizado algunos ensayos controlados aleatorios sobre tratamientos psicoanalíticos y se han llevado a cabo nuevos metaanálisis sobre estudios existentes.

Sin embargo, he conservado muchas referencias a bibliografía más antigua, tanto clínica como empírica. La personalidad es, por su misma naturaleza, un fenómeno bastante estable, y hay una gran cantidad de observaciones disciplinadas y útiles sobre ella de hace décadas; prefiero honrarlas antes que ignorarlas. Nunca he compartido la suposición típicamente estadounidense de que lo «más nuevo» es evidentemente mejor que todo lo anterior; de hecho, dadas las presiones realistas a las que se ven sometidos los intelectuales actuales, y dada la estrechez de miras de gran parte de la formación profesional, parece improbable que los trabajos actuales puedan ser siempre tan reflexivos y de largo alcance como los de los escritores que vivieron en una época menos frenética y compulsiva.

