

VALENTINA RODRIGUEZ AMENÁBAR  
PSICÓLOGA - M.N. 929  
PROFESORA TITULAR

# Trastornos Graves de la Personalidad

**Estrategias psicoterapéuticas**

**OTTO F. KERNBERG**

Traducido por

**Jorge Abenamar Suárez**

Revisado por

**Psic. Herlinda Juárez Ramírez**

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México



**Editorial**

**El Manual Moderno, S.A. de C.V.**

**México, D.F.**

## I. Consideraciones Diagnósticas

# 1

## Diagnóstico estructural

---

Uno de los problemas que invaden el campo de la psiquiatría ha sido el del diagnóstico diferencial, en especial cuando existe la posibilidad de una patología de carácter límite (borderline). Los estados límite deben diferenciarse, por una parte, de las neurosis y de la patología del carácter neurótico y, por otra, de las psicosis, particularmente la esquizofrenia y los trastornos afectivos más importantes.

La aproximación descriptiva al diagnóstico, que se centra en los síntomas y en la conducta observable, y la genética, que enfatiza el trastorno mental en los parientes biológicos del paciente, son valiosas, especialmente en los trastornos afectivos importantes y en la esquizofrenia, pero, ya sea que se usen por separado o juntas, ninguna ha probado ser suficientemente precisa cuando se aplica a trastornos de la personalidad.

Creo que un entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes con una organización de personalidad límite junto con criterios originados en el diagnóstico descriptivo, pueden resultar en una mejoría amplia de la precisión del diagnóstico.

Aunque un diagnóstico estructural es más difícil de llevar a cabo, requiere más práctica y experiencia por parte del clínico, y presenta ciertas dificultades metodológicas, tiene ventajas definitivas, especialmente con pacientes que no encajan con facilidad en alguna de las principales categorías de enfermedades psicóticas o neuróticas.

Un enfoque descriptivo con pacientes límite puede ser engañoso. Por ejemplo, varios autores (Grinker y cols. 1968; Gunderson y Kolb, 1978) describieron las emociones intensas, particularmente la ira, depresión o ambas, como características de estos pacientes. Sin embargo, los pacientes con personalidades esquizoides típicas y organización de personalidad límite quizá no presenten ira o depresión en absoluto. Lo mismo vale para algunas personalidades narcisistas que tienen una típica organización de personali-

dad límite subyacente. La conducta impulsiva ha sido también descrita como una característica común de pacientes límite, pero muchos pacientes histéricos típicos con una estructura neurótica también muestran una conducta impulsiva. Clínicamente, por tanto, un enfoque descriptivo solo queda corto para algunos casos límite. Estas limitaciones también se aplican a los esfuerzos por llegar a un diagnóstico usando un enfoque puramente genético. El estudio de las posibles relaciones genéticas de trastornos graves de la personalidad con el espectro esquizofrénico y con los trastornos emocionales principales está todavía en una etapa inicial, y quizá nos esperen hallazgos importantes en esta área. En la actualidad, sin embargo, la historia genética generalmente tiene muy poco que contribuir al problema clínico de la diferenciación de la sintomatología neurótica, límite y psicótica. Es posible que un enfoque estructural contribuya a hacer entender la relación de la predisposición genética con la sintomatología expresa.

Un enfoque de este tipo puede tener la ventaja adicional de atraer más la atención sobre la relación entre los diversos síntomas de los trastornos límite en forma particular las constelaciones de rasgos patológicos del carácter que uno encuentra típicamente en este grupo. Como he señalado en trabajos previos (1975, 1976), las características estructurales de la organización límite de la personalidad tienen importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. La calidad de las relaciones objetales y el grado de integración del superyó son criterios de pronóstico importantes para la psicoterapia intensiva de los pacientes límite. La naturaleza de las transferencias primitivas que estos pacientes desarrollan en la terapia psicoanalítica y la técnica para manejarlas se originan directamente en las características estructurales de sus relaciones objetales interiorizadas. En un estudio anterior (Kernberg y cols. 1972), encontramos que los pacientes no psicóticos con debilidad del yo respondían bien a la modalidades expresivas de la psicoterapia, pero mal al psicoanálisis no modificado y a la psicoterapia de apoyo.

En resumen, la añadidura del enfoque estructural enriquece el diagnóstico psiquiátrico, particularmente en casos que se resisten a una clasificación fácil, y contribuye también a la determinación del pronóstico y tratamiento.

## **ESTRUCTURAS MENTALES Y ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD**

El concepto psicoanalítico de estructura mental formulado primeramente por Freud en 1923, se ha referido a la división propuesta de la psique en yo, superyó y ello (id). Dentro de la psicología psicoanalítica del yo, el análisis estructural se ha referido al punto de vista (Hartmann y cols. 1946; Rapaport y Gill, 1959) de que el yo puede ser conceptualizado como (1) "estructuras" lentamente cambiantes, o configuraciones, que determinan la canalización de los procesos mentales, (2) los procesos o "funciones" mentales en sí, y (3) los "umbrales" de activación de estas funciones y configuraciones. Las estructuras, según este concepto, son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales; superyó, yo e id son estructuras que dinámicamente integran subestructuras, como las configuraciones cognoscitivas y



defensivas del yo. En forma reciente he usado el término "análisis estructural" para describir la relación entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas (Kernberg, 1976) y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Desde mi punto de vista, las relaciones objetales interiorizadas constituyen subestructurales del yo, que son, a su vez, organizadas jerárquicamente (ver capítulo 14).

Por último, en el pensamiento psicoanalítico reciente, el análisis estructural también se refiere al análisis de la organización permanente del contenido de conflictos inconscientes, particularmente el complejo de Edipo como un rasgo organizacional de la mente con una historia de desarrollo, que está dinámicamente organizado en el sentido de que es más que la suma de sus partes, e incorpora experiencias tempranas y organizaciones del impulso en fases específicas a una nueva organización (Panel, 1977). Esta última concepción de las estructuras mentales se relaciona con el enfoque de las relaciones objetales respecto a la estructuralización de estas mismas interiorizadas: los contenidos mentales predominantes, como el complejo de Edipo, reflejan una organización de las relaciones objetales interiorizadas. Ambos puntos de vista recientes implican secuencias motivacionales organizadas en forma jerárquica en contraste con un desarrollo puramente lineal y una secuencia de organizaciones jerárquicas discontinuas, más que una organización genética simple (en un sentido psicoanalítico).

He aplicado todos estos conceptos estructurales al análisis de las estructuras intrapsíquicas predominantes y conflictos del instinto de los pacientes límite. Propongo la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad. Sin considerar los factores genéticos, de constitución, bioquímicos, familiares, psicodinámicos o psicosociales que contribuyen a la etiología de la enfermedad, los efectos de todos ellos, se reflejan con el tiempo, en la estructura psíquica del individuo, la cual se vuelve entonces la matriz subyacente de la que se desarrollan los síntomas de la conducta.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a (1) su grado de integración de la identidad, (2) los tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y (3) su capacidad para la prueba de realidad. Propongo que la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implica una identidad integrada. La estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica. Estos criterios estructurales pueden complementar las descripciones ordinarias de conducta o fenomenológicas de los pacientes y aumentar la precisión del diagnóstico diferencial de la enfermedad mental, en especial en casos difíciles de clasificar.

Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de la personalidad de las neurosis, incluyen la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, la capacidad de sublimación; y —para fines de un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia— la presencia o ausencia en la situación clínica del proceso de pensamiento primario. Porque las manifestaciones no específicas de debilidad del yo, son clínicamente menos esenciales para la diferenciación de estados límite y neuróticos, y porque pueden ser muy útiles las pruebas psicológicas más que las entrevistas clínicas para la diferenciación del funcionamiento cognoscitivo psicótico y límite, no se examinan aquí en detalle estos criterios. El grado y calidad de integración del superyó son características estructurales adicionales importantes en cuanto al pronóstico para diferenciar la organización neurótica y límite.\*

### LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL COMO METODO DIAGNOSTICO

La entrevista psiquiátrica tradicional tuvo como modelo la entrevista médica general, adaptada en su mayor parte para pacientes orgánicos y psicóticos (Gill y cols. 1954). Bajo la influencia de la teoría y práctica psicoanalíticas, el énfasis giró en forma gradual hacia la interacción paciente-entrevistador. Se reemplazó una secuencia más o menos estándar de preguntas con una evaluación más flexible de los problemas predominantes, centrada en la comprensión del paciente de sus conflictos, y ligando el estudio de la personalidad del paciente con el de su conducta en la entrevista. El estudio de casos de Menninger (1952), es un buen ejemplo de este enfoque.

Whitehorn (1944), Powdermaker (1948), Fromm-Reichmann (1950), y particularmente Sullivan (1954), son en gran parte responsables de una entrevista psiquiátrica modificada que se concentra en la interacción paciente-terapeuta como una principal fuente de información. Gill y cols. (1954), diseñaron un nuevo modelo de entrevista psiquiátrica que subraya una valoración amplia del paciente y un reforzamiento de su deseo de ayuda. La naturaleza del trastorno, la motivación y capacidad para la psicoterapia pueden evaluarse en la interacción corriente con el entrevistador. Este enfoque de la entrevista establece un lazo inmediato entre la psicopatología del paciente y la indicación para tratamiento psicoterapéutico. También se centra en las resistencias que probablemente se convertirán en tema importante en las primeras etapas del tratamiento. Sin embargo, pueden pasar por alto ciertos aspectos de la psicopatología del paciente, porque los elementos de apoyo inherentes a este enfoque tienden a resaltar sus valores positivos.

Deutsch (1949), recomendó un método psicoanalítico para entrevistar, que revelaría las conexiones inconscientes entre los problemas actuales y el pasado del paciente. A partir de antecedentes teóricos diferentes, Rogers (1951), propuso un estilo de entrevista que alienta al paciente a explorar

---

\* Para una revisión de la literatura sobre descripción y características estructurales del límite de la personalidad, ver Kernberg, 1975.



sus experiencias emocionales y las conexiones entre ellas. Estos enfoques no estructurados tienen la desventaja de minimizar los datos objetivos y no exploran la psicopatología y los valores positivos del paciente en una forma sistemática.

MacKinnon y Michels (1971), describen una evaluación psicoanalítica que subraya la interacción paciente-entrevistador. Las manifestaciones clínicas de los patrones del carácter que el paciente demuestra en la entrevista se utilizan para fines diagnósticos. Este enfoque rinde una sofisticada información descriptiva dentro de un marco psicoanalítico.

Las entrevistas clínicas que he descrito se han vuelto herramientas cruciales al evaluar rasgos descriptivos y dinámicos, pero no permiten, según mi parecer, obtener los criterios estructurales que diferencian la organización límite de la personalidad. Bellak y cols. (1973), desarrollaron una entrevista clínica estructurada en un intento por lograr un diagnóstico diferencial entre sujetos normales, pacientes neuróticos y esquizofrénicos sobre la base de un modelo estructural de funcionamiento del yo. Aunque su estudio no buscaba diferenciar a los pacientes límite, estos autores encontraron diferencias notables entre los tres grupos en escalas de calificación que evaluaban estructuras y funciones del yo. Su estudio ilustra la utilidad de un enfoque estructural para el diagnóstico diferencial.

En colaboración con S. Bauer, R. Blumenthal, A. Carr, E. Goldstein, H. Hunt, L. Pessar, y M. Stone, he desarrollado lo que Blumenthal (comunicación personal) ha sugerido se llame una "entrevista estructural" para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Esta, se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los refleja en la interacción de aquí-y-ahora con el entrevistador.

Asumimos que la concentración del entrevistador sobre los principales conflictos del paciente creará suficiente tensión, de modo que surja la organización "estructural" y defensiva del funcionamiento mental del paciente. Al destacar estas operaciones defensivas en la entrevista, obtenemos datos que nos permiten clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad con base en el grado de integración de identidad (la integración del sí mismo y las representaciones objetales), en el tipo de operaciones defensivas predominantes, y la capacidad de prueba de realidad. Para activar y diagnosticar estas características estructurales, hemos desarrollado una entrevista que combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción, particularmente al expresar estos elementos identificables de la transferencia.

Antes de describir propiamente la entrevista, pueden ser útiles unas cuantas definiciones:

La *clarificación* se refiere a la exploración, con el paciente, de todos los elementos de la información que él ha proporcionado, que son vagos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos. La clarificación es el primer paso cognoscitivo en el que lo que el paciente dice se discute en

una forma no cuestionadora para traer a flote todas sus implicaciones y descubrir el grado de su entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro. La clarificación pretende evocar material consciente y pre-consciente sin imponer un reto al paciente. Al final es él mismo quien nos clarifica su conducta y experiencia intrapsíquica, guiándonos así a los límites presentes de su autoconocimiento consciente y preconsciente.

La *confrontación*, el segundo paso en el proceso de la entrevista, presenta al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes. La confrontación significa señalarle al paciente aquellos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y, por implicación, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del sí mismo y de los objetos, y una reducida conciencia de realidad. Primero, se llama la atención del paciente hacia algo en la interacción de lo cual él no ha estado consciente o lo ha tomado como natural, y que el entrevistador percibe como inapropiado, contradictorio con otros aspectos de la información o confuso. La confrontación requiere conjuntar el material consciente y preconsciente que el paciente presentó por separado. El entrevistador también propone la cuestión del posible significado de esta conducta para el funcionamiento actual del paciente. De este modo, se explora la capacidad del paciente para mirar las cosas en forma diferente sin mayor regresión, las relaciones internas entre los diversos temas conjuntados, y particularmente la integración del concepto de sí mismo y los demás. También se destacan el aumento o disminución en la conciencia de realidad, que se refleja en la respuesta del paciente a la confrontación y su empatía con el entrevistador como un reflejo de conciencia social y prueba de realidad. Por último, el entrevistador relaciona aspectos del aquí-y-ahora de la interacción con problemas similares en otras áreas, y así establece una conexión entre aspectos descriptivos y quejas y rasgos estructurales de la personalidad. La confrontación, así definida, requiere tacto y paciencia; no es una forma agresiva de inmiscuirse en la mente del paciente ni una maniobra para polarizar la relación con él.

La *interpretación*, en contraste con la confrontación, establece lazos entre el material consciente y preconsciente y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí-y-ahora asumidas o bajo hipótesis. Explora los orígenes conflictivos de estados de disociación del yo (representaciones del sí mismo dividido y de los objetos), la naturaleza y motivos para las operaciones defensivas activadas, y el abandono defensivo de la prueba de realidad. En otras palabras, la interpretación se centra en las ansiedades subyacentes y en los conflictos activados. La confrontación conjunta y reorganiza lo que se ha observado; la interpretación añade al material una dimensión hipotética de causalidad y profundidad. El entrevistador, por tanto, conecta las funciones actuales de una conducta específica con las ansiedades subyacentes, los motivos y conflictos del paciente, lo cual clarifica las dificultades generales más allá de la interacción en curso. Por ejemplo, señalar a un paciente que su conducta parece manifestar sospecha y explorar la conciencia que tiene de este patrón, es una confrontación; sugerir que la suspicacia del paciente, o su temor, se deben al hecho de que atribuye al entrevistador algo "malo" de lo que él está tratando de deshacerse dentro de sí mismo (de lo cual el paciente no ha estado consciente antes), es una interpretación.



La *transferencia* significa la presencia, en la interacción diagnóstica, de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patógenas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente. Las reacciones transferenciales facilitan el contexto para interpretaciones que ligan el malestar del aquí-y-ahora con las experiencias del paciente en el allá-y-entonces. Señalar al paciente que está actuando de un modo suspicaz y controlador hacia el diagnosticador, es una confrontación. Señalarle que puede estar viendo al entrevistador como alguien controlador, estricto y rudo, y sospechoso —y por tanto puede sentir que tiene que estar en guardia a causa de su propia lucha con tales tendencias dentro de él mismo— es una interpretación. Señalarle que está forcejeando con el entrevistador, que representa un “enemigo” interno con tales características, porque él experimentó una interacción similar en el pasado con una figura paternal, es una interpretación de la transferencia.

En resumen, la *clarificación* es un medio cognoscitivo, no retador, para explorar los límites de la conciencia de cierto material por parte del paciente. La *confrontación* intenta hacer consciente al paciente de aspectos potencialmente conflictivos e incongruentes de dicho material. La *interpretación* trata de resolver la naturaleza conflictiva del material, al asumir motivos y defensas inconscientes subyacentes que hacen que parezca lógico lo que era contradictorio. La *interpretación de la transferencia* aplica todas estas modalidades de técnica a la interacción en curso entre el paciente y diagnosticador.

Ya que las entrevistas estructurales se centran en la confrontación e interpretación de defensas, conflictos de identidad, prueba de realidad o distorsiones de las relaciones objetales interiorizadas, y en los conflictos cognoscitivos y afectivos, por lo mismo, someten al paciente a un cierto grado de estrés. En vez de tranquilizarlo y reducir su “defensividad” al tolerarla o pasarla por alto, el entrevistador trata de hacer aflorar la patología en la organización de funciones del yo del paciente para obtener información relativa a la organización estructural de la enfermedad. El enfoque que describo no es, sin embargo, de ningún modo una entrevista tradicional de “estrés” que pretende inducir ansiedad o conflictos artificiales en el paciente. Por el contrario, la clarificación de la realidad requerida en la gran confrontación inicial requiere tacto y refleja respeto e interés por la realidad emocional del paciente, un compromiso honesto en contraste con lo que a veces puede ser una tolerancia indiferente o “superior”, de lo inapropiado. La técnica de la entrevista estructural se describe en el capítulo 2; se resumen a continuación, las características clínicas de la organización límite de la personalidad que surgen durante la entrevista estructural.

## CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

### Síntomas descriptivos como “presunta” evidencia

Los síntomas y rasgos patológicos del carácter del paciente no son criterios estructurales, pero sí guían la atención del clínico hacia los criterios estruc-



