

Diagnóstico De La Organización De La Personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg.

Diagnosis of personality organization: A theoretical-empirical update of Otto F. Kernberg's proposal.

Nicolás Labbé-Arocca.^{1,2,b}, Roberto Castillo-Tamayo^{1,3,a}, Verónica Steiner-Segal^{1,3,b},
Consuelo Careaga-Díaz.^{1,2,b}

Personality Organization Diagnosis, proposed by Dr. Otto F. Kernberg and his team from the Personality Disorder Institute in New York, has been an important contribution to the understanding and treatment of personality disorders. The aim of this article is to make an updated review of this approach, addressing a general understanding of what is personality, and subsequently deepening the differential diagnosis of the neurotic and borderline personality organization. Furthermore, within de borderline spectrum, those high, medium, and low functioning will be distinguished, considering its severity and prognosis. Finally, a synthesis of the personality assessment process will be carried put, which consist of the Structural Interview

Keywords: Personality Disorder, Borderline Personality, Personality Assessment
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (4): 372-383

Introducción

Otto Kernberg y su equipo del Instituto de Trastornos de la Personalidad en Nueva York han hecho importantes contribuciones a la literatura sobre la comprensión y tratamiento de los trastornos de la personalidad, las cuales marcaron su inicio con el libro de “Trastornos graves de la persona-

lidad”¹. Desde ahí han se han desarrollado avances tanto del diagnóstico, integrando avances neurobiológicos, operacionalizar los conceptos para desarrollar instrumentos científicos de evaluación diagnóstica, y el desarrollo de una terapia empíricamente validada para el tratamiento de esta población: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP por sus siglas en inglés)².

Aceptado: 2020/08/06

Recibido: 2020/03/13

¹ Grupo TFP Chile

² Universidad de los Andes, Escuela de Psicología, Chile.

³ Universidad de Valparaíso, Departamento de Psiquiatría, Chile

^a Psiquiatra

^b Psicólogo

En esta revisión, pretendemos realizar una síntesis de las principales actualizaciones del equipo del Dr. Kernberg en cuanto a la comprensión de los trastornos de la personalidad, para luego profundizar en el diagnóstico diferencial entre las estructuras límbicas y neuróticas.

¿Qué es la Personalidad?

Si bien no existe una definición consensuada sobre la personalidad, existen teóricos que han propuesto una forma de comprenderla como un complejo patrón de características psicológicas que se expresan en casi cualquier área del funcionamiento psicológico³. La propuesta de Kernberg apunta una integración dinámica de la experiencia subjetiva y del comportamiento de un individuo. Lo anterior implica una asociación integrada y organizada de múltiples rasgos y experiencias que se influyen mutuamente, siendo mucho más sofisticado que la suma de las partes^{4,5}. De esta manera, Kernberg propone⁵ sistemas que componen la personalidad⁶:

1- *Temperamento*

Estructura fundamental de la personalidad que representa la reacción psicológica de sistemas afectivos, cognitivos, y psicomotor, y está fuertemente influida por las predisposiciones genéticas^{6,7}. Existen diversos sistemas afectivos y neurotransmisores conectados a estos, que organizan la experiencia subjetiva y del comportamiento, dando forma a sistemas biológicos que son parte de nuestra especie humana: apego, erotismo, afiliación, lucha/huida/pánico, etc.^{6,7,8}.

Lo anterior se relaciona con la teoría de las relaciones objetales, pues desde un inicio se configura nuestra noción de nosotros mismo, de otros, y de la relación misma en nuestras mentes, donde el afecto dominante en dicha interacción va a ser la piedra angular del desarrollo de nuestra personalidad, que, en conjunto con los sistemas fisiológicos (sis-

tema límbico, la corteza, el hipocampo, y el hipotálamo), se procesarán pensamientos y se guardarán las memorias afectivas.^{6,9}

2- *Carácter*

En esta interacción dinámica, donde la activación repetida tanto de afectos extremadamente placenteros y displacenteros, así como de eventos traumáticos, irán determinando las motivaciones primarias. Así, el temperamento refleja la motivación de la activación del comportamiento, pero los objetos internalizados determinarían el desarrollo del carácter y la identidad, siendo el carácter un aspecto objetivo de los patrones de comportamiento, y la identidad como un correspondiente subjetivo del carácter⁶. Los rasgos del carácter dependerán, en gran medida, de las predisposiciones temperamentales, los cuales serán influenciados por cómo han sido gratificadas o frustradas las necesidades de un sujeto en el contexto de relaciones significativas con otros.

3- *Identidad normal y difusión de identidad*

El concepto de identidad ha adquirido mayor relevancia en el estudio de los trastornos de la personalidad. La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha incorporado la evaluación de este constructo en la propuesta alternativa¹⁰. Además, la discusión de la 11° versión de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) profundiza más en la evaluación de la identidad tanto del sí mismo como de otros para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad¹¹.

El desarrollo de una Identidad Normal implica la integración gradual de las representaciones de uno mismo y de otros significativos, de manera que sea una concepción duradera, estable, y realista. Este proceso facilita la capacidad de preocupación y curiosidad por la propia experiencia y la de otros^{6,12}. Por otro lado, el Síndrome De Difusión De Identidad, que será profundizado

más adelante, implica serias complicaciones en aquellos que lo padecen, y por consiguiente en su comportamiento, carácter, etc.

4- Sistema integrado de valores

El establecimiento de una estructura moral refleja la capacidad de comprometerse con valores universalmente aceptados. En condiciones normales, permitirían una preocupación empática por otros, y de poder distinguir el bien del mal. Sin embargo, en condiciones patológicas, pueden presentarse un menor autocontrol y mayores niveles de angustias persecutorias, que desencadenan en menor preocupación por otros, y de las consecuencias de los propios actos (por ej. Conducta psicopática)^{2,6,13,14}.

5- Inteligencia

Existen muchas formas de entender la inteligencia, desde este punto de vista implica la capacidad cognitiva, genéticamente determinada a través del desarrollo de las zonas cerebrales que a su vez participan de manera activa en los procesos de modulación afectiva, y por otro depende de la estimulación que recibe un individuo desde temprana edad en base de su experiencia de vida^{2,15}.

Aspectos Estructurales

Inicialmente, Kernberg propone un análisis descriptivo, estructural y genético-dinámico para los pacientes con organización limítrofe de la personalidad (OLP), mismas que hoy podemos considerálas como manifestaciones clínicas inespecíficas^{1,16}.

1. Alteración en la prueba de realidad y desviación hacia el pensamiento de proceso primario.
2. Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica (intolerancia a la ansiedad, descontrol de impulsos, y fallas en los canales sublimatorios).
3. Operaciones de defensas basadas en el mecanismo de la escisión.

Hoy se consideran modificaciones permiten orientarnos a la hora de hacer una evaluación de la organización de la personalidad^{2,6,17,18}. Para lo anterior podemos considera la siguiente nemotecnia: RADIOS; (1) Prueba de Realidad, (2) Infiltración de la Agresión en la identidad y conducta, (3) Mecanismos de Defensa, (4) Formación de la Identidad, y (5) Calidad de las relaciones Objetales, y (6) Sistema de Valores.

Prueba de Realidad

La prueba de realidad implica diferenciar lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y otros estímulos. La capacidad para evaluar realísticamente nuestros afectos, comportamientos, y pensamientos acordes a las normas sociales ordinarias. Esto último implica la ausencia de alucinaciones y delirios; ausencia de emociones, pensamientos y/o comportamientos bizarros e inapropiados y/o ser capaz de empatizar y clarificar observaciones de otros de lo que podría ser interpretado como extraño o bizarro¹. Una pérdida de la prueba del Juicio de realidad sostenida en el tiempo, no es propia de los trastornos de personalidad, sino más bien son otros los diagnósticos que deben ser primeros considerados, por ejemplo, psicosis endógenas.

Sin embargo, existen pérdidas transitorias juicio de realidad, que suelen verse comprometidos en trastornos severos de la personalidad en situaciones de altos montos de angustia, pudiendo experimentar en tales circunstancias vivencias altamente concretas de las experiencias subjetivas que no logran ser procesadas adecuadamente y que entonces son encaminadas hacia mecanismos basados en la escisión². Por otra parte, lo que frecuentemente vamos a encontrar en pacientes con organización limítrofe de personalidad es fallas en el Sentido Y Apreciación De La Realidad, De esta manera, las perspectivas de los pacientes llegan a ser vividas como

una “verdades”, con altas dificultades para para mentalizar y reflexionar, sin embargo esto no debe de ser confundido con Perdida de la Realidad o Psicosis^{2,19}.

Grado de Infiltración de la Agresión en la Identidad y Conducta

La agresión es un impulso propio de nuestra especie, y en la medida que exista una adecuada modulación y expresión asertiva de esta junto con nuestras demandas, nos permitirá adaptarnos²⁰. Por otro lado, mientras mayor sea el grado de patología, mayor será el grado de severidad de los impulsos agresivos que puede llegar al sadismo y fantasías persecutorias, lo que se manifestará en las conductas autoagresivas, o bien en conductas psicopáticas graves^{21,22}.

Mecanismos de Defensa

El concepto central en la literatura psicoanalítica y en el diagnóstico del carácter, en términos genéricos, son estrategias que se utilizan para afrontar las complejidades de la realidad (externa y psíquica), y que usan el concepto de “defensa” para (1) evitar o afrontar sentimientos y/o angustias que pueden ser intolerables, como la vergüenza, la pérdida, la envidia, etc., y (2) para sostener la autoestima frente a las complejidades que se van afrontando²³.

Existen mecanismos patológicos y otros más sanos o maduros, donde todas las personas poseen de estos mecanismos en un continuo, como una especie de repertorio de afrontamiento. Por lo tanto, mientras más patológica es la estructura, mayor predominio de mecanismos primitivos habrán, y la misma lógica aplica para estructuras más sanas, donde prevalecen los mecanismos más sanos y adaptativos^{18,23,24}. A su vez, a pesar de disponer de mecanismos más sanos, se espera que el sujeto pueda contar con un amplio repertorio de defensas para adaptarse a la

realidad, ya que, si un sujeto utiliza un mismo mecanismo de manera repetitiva, inflexible y rígida, por muy sano que este sea, no le va a permitir adaptarse a la amplia gama de vicisitudes a lo largo de la vida²³. Lo anterior es característico de las organizaciones neuróticas de la personalidad (ONP)²⁵.

Formación de la Identidad

Desde sus primeros escritos, Kernberg diferenció entre una Identidad Integrada de un Síndrome De Una Difusión De Identidad, donde se evalúa el grado de integración tanto del concepto de si mismo, de otros significativos, y la organización de la experiencia subjetiva^{1,2}.

Una Identidad Integrada implica una visión real e integrada de uno y de otros, que se condice con las experiencias subjetivas y emocionales complejas, realistas, continuas en el tiempo y en diversos contextos. Implica una capacidad de investir, a lo largo del tiempo, en el trabajo, relaciones profundas, intereses recreacionales, principios, sentimientos y creencias. Eso es coherente con una autoestima sana, y con experiencias emocionales que son moduladas y proporcionales a los estímulos, y que a pesar de tener afectos intensos no hay una pérdida de control de los impulsos, ni se compromete la prueba de la realidad^{2,6,12}.

El Síndrome De Difusión De Identidad implica un mayor grado de patología en esta área, y sería característico de los trastornos de la personalidad. Se define inicialmente como un concepto empobrecidamente integrado de uno mismo y de otros, junto con una experiencia subjetiva de vacío crónico, contradicciones internas¹. Se caracteriza por una falta de coherencia del sentido de si mismo y de otros significativos, a lo largo del tiempo y en diferentes contextos^{2,6,18}. A su vez, se observa un escaso y dificultoso investimento en proyectos profesionales, recreacionales, interpersonales, y sexuales,

junto con valores inconsistentes e inestables que cambian dramáticamente según los estímulos presentes^{2,12}.

Cualidad de Relaciones Objetales

Hoy, la teoría de las relaciones objetales (RO) combina el temperamento con las experiencias afectivas tempranas del sujeto con sus cuidadores. Estas se van internalizando en la mente, y así generando una representación sobre como es el mundo, cuan peligroso o contenedor puede ser. La cualidad de las (RO) van a depender en gran medida de las primeras experiencias afectivas entre el cuidador y el niño, y van a manifestarse en las creencias, expectativas, y capacidades del individuo en organizar las relaciones interpersonales, así como la capacidad de establecer una relación estable, mutua, y de intimidad. Mientras más sana sea la personalidad, mayor será la capacidad de depender y entregarse a otros de manera recíproca, así como apreciar y comprender las necesidades de otros. Lo anterior permitirá que predomine una posición depresiva en la mente, propio de las organizaciones normales y ONP, y se manifiesta de manera profunda en las relaciones, en la sexualidad, así como la capacidad de disfrutar e intimar⁶. Sin embargo, si predominan las experiencias negativas, las representaciones internas propias y de otros estarán cargadas de una experiencia interna escindida, y de afectos más intensos y destructivos (rabia, abandono, envidia, etc.), por lo que predominaría una posición esquizoparanoide, lo cual es propio de personalidades con OLP^{1,2,18}. Lo anterior implica una tendencia de ver a otros como objetos que llenan las propias necesidades, hasta llegar a un extremo de explotación y falta de consideración de las necesidades de otros como en el trastorno antisocial de la personalidad^{2,6,18}.

Sistema de Valores

Este aspecto de la personalidad correspondería, de manera muy gruesa, al concepto de “superyó” de Freud, y cuyo grado de integración y patología serían un importante indicador de severidad y pronóstico en los trastornos de la personalidad.

A medida que exista una mayor integración del superyó, mayor será el compromiso con ciertos valores e ideales, los cuales serían consistentes. Las dificultades de la integración en el superyó se pueden manifestar de dos maneras; en un extremo, una excesiva rigidez y sentimientos de culpa ante un ideal del yo inalcanzable, y por otro el desarrollo de la conducta antisocial y psicopática. La conducta antisocial se define activamente generar daño, o tener un comportamiento agresivo hacia otros individuos, un grupo, generalmente expresada sin sentimientos de culpa, las cuales pueden ser caracterizadas como del tipo pasiva parasitaria (por ej. mentir, robar, explotación, vivir a costa de otros, etc.), o bien abiertamente agresiva (por ej. destruir objetos, agresión física, sexual, etc.)⁶. El grado máximo de fracaso en la integración del superyó conllevaría a la configuración del Trastorno Disocial de la personalidad¹⁴.

Organización de la Personalidad

Ahora que se han revisado las actualizaciones con respecto a los elementos estructurales para realizar un diagnóstico de la organización de la personalidad, el paso a seguir es comprender los distintos niveles de estructura. Cabe señalar que dentro del espectro de la organización limítrofe se encuentran, otros subniveles; de alto, medio, y bajo funcionamiento. Por temas de espacio, nos referiremos principalmente a la organización neurótica y limítrofe.

Organización Neurótica de la Personalidad

Si nos basamos en la nomenclatura anterior

(RADIO), podemos sintetizar este nivel de la siguiente manera; (R) se aprecia una prueba de realidad intacta. Existe una adecuada empatía con los criterios sociales de la realidad, siendo capaz de identificarlos y manifestarlos en la interacción con otros²⁵. (A) Existen impulsos agresivos que, si bien son controlados y no se manifiestan en conductas francamente impulsivas, suelen estar en torno a la autocrítica desmedida, con dificultades en la expresión asertiva y una tendencia a evitar la confrontación. (D) Existe un predominio de las defensas basadas en la represión, generando un funcionamiento más bien rígido e inflexible. (I) Existe un sentido coherente y continuo de uno mismo y de otros. Sin embargo, al encontrarse frente a intensos afectos conflictivos, estos son excluidos de la experiencia consciente. Lo anterior genera menores distorsiones en la experiencia de uno mismo y de otros^{16,25}. (O) Se encuentran integradas, logrando relaciones profundas e íntimas con otros significativos, con un buen funcionamiento en general en diversas áreas, excepto en aquellas que presentan conflictos. (S) Al igual que el sistema defensivo, es más bien rígido donde predomina la culpa y la autocrítica^{2,25}.

Por lo general, los conflictos centrales estarían en torno a la sexualidad, la dependencia, formas más integradas de agresión, y necesidades narcisistas. Dentro de esta constelación, encontramos personalidades obsesivas, depresivos masoquistas, e histéricas. Su nivel de patología es moderado, por lo que suelen tener un buen pronóstico en tratamientos menos estructurados²

Organización Limítrofe de la Personalidad

Como características clínicas generales, existe (1) un estado de ánimo oscilante, inestable, e hiper reactivo ante los estímulos, que incluso pueden desencadenar respuestas emocionales desproporcionadas debido

a los precarios mecanismos defensivos con los que cuentan. (2) Lo anterior explica el bajo autocontrol y tendencia a las conductas impulsivas. (3) Existe, una importante alteración en la calidad de las RO que se manifiestan en severas dificultades en la capacidad de establecer relaciones interpersonales íntimas, profundas, estables, y duraderas. (4) Se presenta una difusión de identidad cuya severidad dependerá del grado de funcionamiento del individuo, caracterizándose por una sensación crónica de vacío o una angustia difusa, con limitadas capacidades para disfrutar, sentir placer, o sentirse contenido. (5) Finalmente, existe una falla en la integración del superyó, evidenciándose un sistema de reglas y valores laxo^{1,2,6,13,26,27}.

Organización Limítrofe Alta:

(R) Prueba de realidad intacta, pero con déficit sociales importantes frente a conflictos afectivos. (A) Patología moderada en cuanto a la expresión de la agresión, suelen ser inhibidas expresiones de esta, predomina un comportamiento autodestructivo y negligente con uno mismo, un estilo interpersonal controlador, y puede haber arrebatos ocasionales. (D) Predominan defensas en torno a la escisión y la represión. (I) Difusión de identidad leve a moderada; pobre y superficial integración de self y objeto, lo que evidencia incoherencia e inestabilidad, y claras dificultades para invertir en el trabajo/estudio, u otros proyectos. (O) Predominan conflictos esquizo-paranoides y depresivos, donde los vínculos están presentes pero de manera superficial, son poco satisfactorios incluso en la esfera sexual, y a pesar de haber capacidad empática y de preocupación, existe una tendencia a ver las relaciones en términos de satisfacción de necesidades; (S) funcionamiento moral inconsistente, donde pueden haber áreas en que funcionan de manera responsable y coherente, pero en otras presentan una laxitud y en su sistema de valores². Los conflictos centrales se enmarcan en

necesidades de dependencia y narcisistas, junto con temores asociados a la sexualidad y la agresión. De esta manera, los cuadros presenten en este nivel serían el histriónico, dependiente, y el evitativo.

En cuanto al pronóstico, aquí se encuentran los cuadros menos graves dentro del espectro limítrofe. Aun así, funcionan pobremente en tratamientos poco estructurados, no así en aquellos que si lo son.

Organización Limítrofe Media:

(R) La prueba de realidad es vulnerable a estados afectivos conflictivos, donde se puede transicionar a episodios micropsicóticos sobre todo en la transferencial. (A) Pobre control de la agresión ya sea autodirigida en términos de un comportamiento más activo y marcado por episodios que pueden ser incluso letales (por ej. Cortes o intentos suicidas), o bien hetero dirigida que se manifiesta en episodios agresivos verbales, amenazas de herir a otros o a uno mismo, e intimidación. (D) Predominan defensas en torno a la escisión, con marcadas oscilaciones sobre la percepción de uno y de otras, afectando el funcionamiento del sujeto. (I) Difusión de identidad moderada a severa con poca capacidad para investir en el trabajo/estudios, proyectos personales, etc. (O) Predominio de conflictos esquizo-paranoides que dificultan significativamente el establecimiento de relaciones íntimas y profundas, donde los vínculos, que son pocos y superficiales, son vistos en términos predominantemente transaccionales, con poca capacidad de empatía. (S) Sistema débil, inconsistente y corruptible, donde hay presencia de conductas psicopáticas generalmente del tipo encubiertas en algunas áreas, aunque también se pueden presentar otras más violentas de carácter impulsivo sin ser premeditadas; existe explotación de manera egosintónica, y la consecución de ciertas metas es a expensas de otros.^{2,27,20}

Los conflictos centrales se deben a una agre-

sión pobremente integrada, donde predomina la percepción de un mundo amenazante, junto con ansiedades paranoides. En este espectro se sitúan los cuadros límite, paranoide, esquizoide, y narcisistas.

En términos pronósticos, a pesar de la sintomatología severa, suelen tener un pronóstico relativamente positivo en la medida que estén en tratamientos altamente estructurados y un contrato/encuadre claramente definido, aunque son esperables las actuaciones y amenazas al contrato en las fases iniciales de tratamiento.

Organización Limítrofe Baja:

(R) La prueba de realidad es altamente vulnerable al estrés, donde también se pueden presentar episodios micropsicóticos muy intensos en la transferencia. (A) Alto descontrol de la agresión, revelando una patología severa en este aspecto en conductas de alta letalidad tanto a uno mismo como hacia otros, donde los arrebatos de ira son frecuentes y con un bajo umbral de activación. (D) Predomina la escisión, con significativas oscilaciones en la percepción de uno y otras, interfiriendo severamente el funcionamiento. (I) Extrema patología de la identidad junto con el establecimiento de un sí mismo grandioso patológico severamente perturbado. (O) RO altamente cargadas de ansiedades esquizo paranoides, lo cual refleja una ausencia de vínculos profundos y de dependencia, llegando a ser un individuo severamente aislado sin capacidad de empatía ni deseos de intimidad, las pocas relaciones son exclusivamente con el fin de satisfacer propias necesidades siendo altamente explotativas. (S) No hay una noción de valores morales, lo cual se manifiesta en un comportamiento violento, antisocial y francamente psicopático, no hay sensación de culpa ni remordimiento^{2,14,20,27}.

Los conflictos centrales en este espectro se centran en la percepción de un mundo altamente agresivo y amenazante, del cual hay

que defenderse a toda costa. De esta manera, la envidia y el odio son altamente predominantes. Los cuadros dentro de este espectro serían el síndrome de narcisismo maligno y el trastorno antisocial de la personalidad.

El pronóstico es ominoso, con alto riesgo de un tratamiento de conductas (auto)destructivas cargadas de sadismo. Se deben asegurar las condiciones mínimas de tratamiento con un contrato extenso, riguroso, y que involucre a terceros. En el caso del trastorno antisocial de la personalidad, debido a su absoluta incapacidad de depender afectivamente y de invertir libidinalmente hacia otros, no tendría tratamiento.

Entrevista Estructural

La entrevista estructural es una metodología de evaluación diseñada para realizar un diagnóstico diferencial no solo de la patología psiquiátrica, sino que además de la organización de la personalidad. Tiene 6 fases claramente delimitadas, las cuales se realizan en entrevistas de 90 minutos idealmente. Es importante a considerar no es solo el contenido, sino que más importante es el cómo es que la persona trasmite la información, y qué le sucede mientras lo hace^{1,2,18}.

La entrevista inicia con 4 preguntas iniciales: (1) ¿Por qué viene a consultar?, (2) ¿Cuáles son sus dificultades y problemas? (donde se indagan dificultades que no necesariamente fueron mencionados por el paciente inicialmente), (3) ¿Cuál cree usted que es naturaleza de sus dificultades?, y (4) ¿En qué espera que lo pueda ayudar? (Yeomans et al., 2015). También se ha propuesto agregar la pregunta “¿Cómo está usted ahora?”, con el fin de evaluar el funcionamiento actual del individuo, más allá de conflictos anteriores que puedan no estar directamente impactando en la actualidad¹⁸ (O. F. Kernberg, comunicación personal, 2020)

Las 6 fases de la entrevista estructural son: (1) motivo de consulta, síntomas, y antece-

denes psiquiátricos, (2) funcionamiento de la personalidad (trabajo/estudios, relaciones interpersonales, pareja, sexualidad, y ocio), (3) formación de la identidad, (4) historia del pasado (anamnesis remota), y (5) temáticas pendientes y resolver dudas. Solo una vez que se ha explorado el funcionamiento actual del paciente, en todas sus áreas, se podrá indagar con mayor tranquilidad la historia pasada, incluyendo la presencia de traumas u otras experiencias adversas^{2,18}.

Con la intención de hacer sustentable la Entrevista Estructural a la investigación empírica, en el año 2006 Kernberg y su equipo diseñaron La Entrevista Estructural para la Organización de la Personalidad (STIPO) que consiste en una entrevista de 87 ítems, y que evalúa 6 dominios de la personalidad (identidad, relaciones objetales, defensas, agresión, y sistema de valores). Además, los dominios se combinan para evaluar el funcionamiento de la personalidad y el nivel de patología²⁸.

La STIPO cuenta con validaciones en Estados Unidos, Alemania y Chile, entre otros^{28,29,30}. En Chile también se realizó una investigación que tomó la Dimensión Identidad de la STIPO para compararla con el diagnóstico tipo DSM-531. La nueva versión de la STIPO (STIPO-R), que consiste en una entrevista de 55 ítems, sería una forma más eficiente y breve para la evaluación de la organización de la personalidad, así como también se incluye la exploración del dominio narcisista³². La STIPO, además, se ha utilizado como instrumento de validez concurrente para el eje IV de “Estructura” para el Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-II)³³

Discusión

Los aportes científicos logrados por el Dr. Kernberg y su equipo constituyen un aporte invaluable al campo científico y académico, plasmándose en una sobresaliente contri-

bución en el conocimiento y entendimiento profundo de los trastornos severos de personalidad. Al explorar los aspectos mencionados, y yendo más allá del motivo de consulta, permite un conocimiento más acabado del mundo interno del paciente, y a su vez propiciar el desarrollo de técnicas y estrategias específicas apropiadas para anticipar y hacer frente a las dificultades tempranas en un eventual tratamiento.

La gravedad de los trastornos de la personalidad puede ser muy variable, y por lo que se debe hacer una evaluación exhaustiva en el funcionamiento actual del sujeto, pasando por todas las áreas aun cuando éste no las considere como problemáticas. De esta manera podemos hipotetizar sobre el pronósti-

co y líneas de intervención desde un inicio que vayan en sintonía con los conflictos del paciente, aun cuando no estén conscientes de estos aún.

Otro aporte del diagnóstico de la organización de la personalidad es que facilita el dialogo entre los profesionales tratantes; puede haber diversas conjeturas sobre el conflicto de un individuo, y cada una puede ser correcta en cierto nivel. Sin embargo, es necesario tener un lenguaje común que permita coincidir sobre el conflicto, funcionamiento, nivel de patología, pronóstico, y eventuales estrategias de tratamiento. Creemos que el diagnóstico estructural de la personalidad permite dicho punto de encuentro.

Resumen

El diagnóstico estructural propuesto por el Dr. Otto F. Kernberg y su equipo de trabajo del Instituto de Trastornos de Personalidad en Nueva York ha sido una gran contribución tanto para la comprensión de la personalidad como para el tratamiento de estos casos. El objetivo del presente artículo es realizar una revisión actualizada de este enfoque, abordando una comprensión general de la personalidad, y posteriormente profundizar en el diagnóstico diferencial de la organización neurótica y límite. Además, dentro del espectro límite se distinguirá aquellos cuadros de funcionamiento alto, medio, y bajo, considerando su grado de severidad, y pronóstico. Finalmente, se hará una síntesis del proceso de evaluación que consiste en la entrevista estructural.

Palabras Claves: Trastorno de la personalidad, Diagnóstico Estructural, Evaluación de la Personalidad

Referencias Bibliográficas

- 1.- Kernberg, O. F. Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. Mexico: Manual Moderno, 1984
- 2.- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. Psychodynamic Therapy for Personality Pathology, Treating Self and Interpersonal Functioning. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2018
- 3.- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. Personality Disorders in Modern Life (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Son, 2004
- 4.- Kernberg, O. F., & Caligor, E. A Psychoanalytic Theory of Personality Di-

- sorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005, p. 114–156
- 5.- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M., Levy, K. N., Fossella, J., et al An approach to the psychobiology of personality disorders. *Development and Psychopathology*, 2003; 15: 1093–1106. [https://doi.org/10.1017.S0954579403000506](https://doi.org/10.1017/S0954579403000506)
 - 6.- Kernberg, O. F. *Treatment of Severe Personality Disorders: Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2018
 - 7.- Panksepp, J. *Affective Neuroscience, the Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford University Press, 1998
 - 8.- Wright, J. S., & Panksepp, J. P. An Evolutionary Framework to Understand Foraging, Wanting, and Desire: The Neuropsychology of the SEEKING System. *Neuropsychoanalysis*, 2012; 14; 5–39. <https://doi.org/10.1080/15294145.2012.10773683>
 - 9.- Kernberg, O. F. Neurobiological correlates of object relations theory : The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*; 2014; 24, 37–41. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.912352>
 - 10.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing, 2013.
 - 11.- Bach, B., & First, M. B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 2018; 18; 1–14.
 - 12.- Kernberg, O. F. Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 2006; 75; 969–1004. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2282066>
 - 13.- Jacobson, E. *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press, 1964
 - 14.- Kernberg, O. F. The Almost Untreatable Narcissistic Patient. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 2007; 55; 503–539. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020701>
 - 15.- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., et al. Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164; 1832–1841.
 - 16.- Kernberg, O. F. Borderline personality organization. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1967; 15. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
 - 17.- Valenciano, L. M., Rosique, P. D., & González, P. M. Los preliminares de la psicoterapia focalizada en la transferencia. *Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente*, 2015; 26; 61–72.
 - 18.- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, A Clinical Guide (2nd ed.)*. Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing, 2015
 - 19.- Capponi, R. M. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica (Universita)*. Santiago, Chile, 2006
 - 20.- Kernberg, O. F. Aggressivity, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship. In *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2004a; 53 <https://doi.org/10.1017/>

- CBO9781107415324.004
- 21.- Fertuck, E. A., Makhija, N., & Stanley, B. The nature of suicidality in borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 2007; 14; 40–47. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc5&AN=2008-18300-008>
 - 22.- Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36(4), 1005–1029. <https://doi.org/10.1177/000306518803600407>
 - 23.- McWilliams, N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2nd Ed.). New York, London: The Guilford Press, 2011
 - 24.- Lingardi, V., & McWilliams, N. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)*. New York, London: The Guilford Press, 2017
 - 25.- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing, 2007
 - 26.- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc, 2002
 - 27.- Kernberg, O. F. Narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. Yale University Press. 2004b
 - 28.- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCormack, V., et al. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 2010; 92; 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
 - 29.- Balbontin, A. M., Isaac, A., & Pollak, H. Instrumento Structured interview of personality organization (STIPO): Dimensión Identidad. Tesis para optar al grado académico de magíster. Universidad del Desarrollo, 2008
 - 30.- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., et al. Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 2013; 13; 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-210>
 - 31.- Castillo, R. T., & Arias, H. Z. Aplicación de la dimensión identidad de la entrevista STIPO para diagnosticar difusión de identidad en pacientes con diagnóstico previo de trastornos severos de la personalidad. Estudio clínico cuantitativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 2018; 56; 9–17. Retrieved from www.sonepsyn.cl
 - 32.- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. Structured Interview of Personality Organization – Revised (STIPO-R). 2016, Retrieved January 27, 2020, from www.borderlinedisorders.com
 - 33.- Grupo de Trabajo OPD Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (opd-2). Manual para el Diagnóstico, Indicación, y Planificación de la Psicoterapia. Barcelona: Herder, 2008
 - 34.- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. The Inventory of Personality Organization : Psychometric Properties , Factorial Composition , and Criterion Relations With Affect , Aggressive Dyscontrol , Psychosis Proneness , and Self-Domains in a Nonclinical Sample. *Psychological Assessment*, 2001; 13; 577–591. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.13.4.577>

Correspondencia:
Dr. Roberto Castillo Tamayo
Calle Subida Carvallo 200. Playa Ancha,
Región de Valparaíso
roberto.castillo@uv.cl