

ARTÍCULOS ORIGINALES

¿POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA DEBERÍA REVISITAR A OTTO KERNBERG?

WHY SHOULD CONTEMPORARY PSYCHIATRY REVISIT OTTO KERNBERG?

Dr. Gonzalo Amador Rivera* Dr. Cristian Chipana Vargas**. Dra. Rocio Damaris Ali Yanique***.
Dra. Maria Eugenia Jove Lemus ***.

RECIBIDO: 25/06/2025

ACEPTADO: 29/10/2025

RESUMEN

En una época dominada por marcos categoriales y propuestas dimensionales (DSM-5-TR y CIE-11), el modelo de Otto Kernberg ofrece una alternativa indispensable para la comprensión y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Su enfoque, centrado en la organización estructural de la personalidad (identidad del yo, mecanismos de defensa y prueba de realidad) y fundamentado en la teoría de las relaciones objetales, permite una comprensión profunda de la personalidad que trasciende la simple descripción de síntomas y conductas. Esta perspectiva se traduce en la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT), que ofrece una alternativa terapéutica psicodinámica frente a otros abordajes psicoterapéuticos. Revisitar su obra no solo sirve para repasar conceptos que han caído en desuso, sino que constituye una necesidad urgente para formar clínicos (psiquiatras y psicólogos) capaces de abordar —más allá de los protocolos estandarizados— la complejidad estructural y relacional implicada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad.

Palabras clave: Psicoterapia, psicodinámica, relaciones objetales, organización de la personalidad, identidad.

ABSTRACT

In an era characterized by categorical frameworks and dimensional proposals (DSM-5-TR and ICD-11), Otto Kernberg's model offers an essential alternative for the understanding and diagnosis of personality disorders. Centered on the structural organization of personality—ego identity, defensive operations, and reality testing—and grounded in object relations theory, it allows for a depth of understanding that goes beyond a mere description of symptoms and behaviors. This perspective is translated into Transference-Focused Psychotherapy (TFP), which provides a psychodynamic therapeutic alternative to other psychotherapy approaches. Revisiting his work is not only a matter of reviewing concepts that have fallen out of use; it is an urgent need to train clinicians (psychiatrists and psychologists) who can address—beyond standardized protocols—the structural and relational complexity involved in the diagnosis and treatment of personality disorders.

Keywords: Psychotherapy; psychodynamic; object relations; personality organization; identity.

INTRODUCCIÓN

En una reciente publicación que traza el futuro de la psiquiatría, Potash y colaboradores (2025) plantean que el rol del psiquiatra debe evolucionar para adaptarse a un entorno

dominado por la inteligencia artificial, el cuidado basado en la medición y la medicina de precisión⁽¹⁾. Esta visión, orientada a manejar los casos más complejos y expandir el acceso a la atención, nos recuerda inevitablemente un debate histórico sobre los peligros inherentes

* Médico-psiquiatra; Lic. en Filosofía. Hospital Psiquiátrico “José María Alvarado”, Caja Nacional de Salud (CNS). La Paz (Bolivia). gamriv@gmail.com . Cel: 60693793. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9049-9472>

** Médico Residente de Psiquiatría de 3er año del Hospital Psiquiátrico “José María Alvarado” CNS. La Paz.

*** Médicas Residentes de Psiquiatría de 1er año del Hospital Psiquiátrico “José María Alvarado” CNS. La Paz.

a la tecnocracia; en este caso, una tecnocracia no que amenaza a la democracia, sino al núcleo mismo de la práctica clínica en psiquiatría. La preocupación, similar a la que figuras como James Bryant Conant expresaron tras la Segunda Guerra Mundial sobre el riesgo de una sociedad gobernada solo por la pericia técnica⁽²⁾, es que una psiquiatría que priorice lo excesivamente técnico y algorítmico pueda devaluar la complejidad de la experiencia subjetiva y la dinámica relacional, elementos que son, en definitiva, el fundamento de una intervención verdaderamente terapéutica.

Frente a esta aparente dicotomía, problema recurrente en la psiquiatría⁽³⁾, entre un enfoque puramente técnico y uno relacional/contextual, el trabajo de Otto Kernberg emergió como una propuesta integradora fundamental. Psiquiatra y psicoanalista de origen austriaco y formación chilena, Kernberg es uno de los principales arquitectos del modelo psicoanalítico/psicodinámico contemporáneo, pues articula su teoría sobre la organización de la personalidad, con aspectos propios de las teorías objetales y un conocimiento agudo de la neurobiología y desarrolla, a partir de ello, intervenciones psicoterapéuticas específicas, como la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Estas raíces son lo que define su paradigma: un modelo clínico y científico que enriquece la comprensión profunda del mundo interno del paciente al integrarla con el conocimiento sobre sus fundamentos neurobiológicos y temperamentales.

Además de su alcance teórico, el modelo de organización de la personalidad de Kernberg ofrece una alternativa conceptual para lidiar con las complejidades de la nosología psiquiátrica contemporánea. Sistemas diagnósticos como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) han sido observados por su tendencia a la “nosologomanía”⁽⁸⁾—una proliferación de nuevas categorías diagnósticas—y al sobrediagnóstico⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾, lo que a menudo genera reduccionismo, comorbilidad y sobre o infra diagnóstico que pueden dificultar la comprensión integral del paciente. Frente a este modelo categorial, Kernberg propone una evaluación estructural y dimensional. En lugar de preguntarse por criterios y categorías la pregunta fundamental pasa a ser cómo está organizada la personalidad. Desde esta perspectiva, la alta comorbilidad no se interpreta como la suma de múltiples enfermedades, sino como las diversas manifestaciones sintomáticas de una única organización de la personalidad subyacente.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹¹⁾

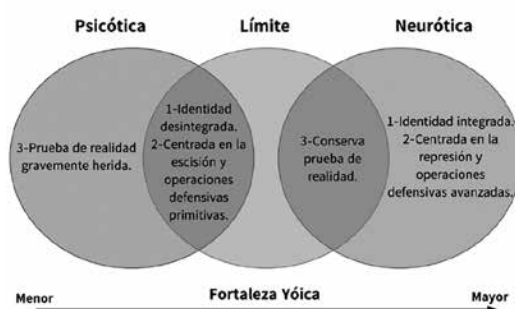
Por todo ello, consideramos prudente revisar el modelo de organización de la personalidad de Kernberg, no solo para abordar los desafíos nosológicos y filosóficos expresados anteriormente, sino para lidiar con los diagnósticos más complejos relacionados con los trastornos de la personalidad. En una época marcada por el predominio de terapias de segunda generación, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y de tercera generación, como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)⁽¹²⁾, el modelo de la organización de la personalidad se presenta como una opción que debe ser considerada. Si bien el psicoanálisis clásico ha caído en relativo desuso en muchos ámbitos académicos y clínicos, la psicoterapia psicodinámica, particularmente amparado en evidencia como la que Kernberg representa u otros autores⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾, conserva una vigencia necesaria para comprender la profundidad del sufrimiento psíquico.

De esta forma, el presente artículo tiene como objetivo presentar al psiquiatra y al interesado en los trastornos de la personalidad una revisión del modelo de Otto Kernberg, subrayando su utilidad clínica y su relevancia en la práctica de la psiquiatría contemporánea. El método utilizado adopto una revisión narrativa de su teoría y de su traslación clínica, sustentada en la lectura crítica de textos relevantes y contribuciones adicionales pertinentes.

1. LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG

Para Kernberg, la organización de la personalidad se evalúa principalmente a través de tres dominios: la integración de la identidad, el uso de mecanismos de defensa primitivos como avanzados, y la capacidad de respuesta frente a la prueba de realidad⁽⁵⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. La evaluación clínica de estos dominios permite diferenciar entre niveles de personalidad y tipos de organización de la personalidad de los individuos.

Fig 1: Modelo Psicodinámico de la organización de la personalidad de Otto Kernberg



1.1. Integración de la identidad:

Uno de los ejes centrales en la teoría es la integración de la identidad o del yo/self, que se entiende como el proceso de unir diferentes aspectos del yo y de los otros significativos en una totalidad coherente, lo que genera un sentido de continuidad y plenitud a lo largo del tiempo ^{(5) (15) (16)}. Una identidad integrada, esta generalmente presente en una organización neurótica, en ella el individuo tiene una visión estable y profunda de sí mismo, reconociendo y aceptando las complejidades, dificultades y contradicciones sin que su sentido del self se fragmente o se altere ante el estrés. En contraste, la patología se manifiesta como el síndrome de difusión de la identidad, característico de la organización limítrofe, que se traduce en una percepción inestable y contradictoria de uno mismo y de los demás ^{(5) (15) (17) (18)}. Por ejemplo, un paciente con este síndrome de difusión de identidad puede describir a su pareja en una consulta como la persona más maravillosa, en la siguiente, describirla como un ser cruel, sin poder integrar ambas visiones y esto, en un análisis más profundo, se replica en otras relaciones interpersonales. Esta misma difusión se aplica a su autoconcepto: el paciente vive entre ideas opuestas sobre quién es, lo que genera una sensación crónica de vacío y dificultades severas ya descritas, en sus objetivos de vida y en su regulación afectiva ^{(5) (6) (19)}.

1.2. Mecanismos de defensa:

Los mecanismos de defensa son definidos como procesos inconscientes que protegen al individuo de pensamientos o sentimientos que le causan malestar, formas de lidiar con el estrés o el trauma. La aportación clave de Kernberg es diferenciar entre las defensas maduras, avanzadas o de alto nivel, basadas en la represión, y las defensas primitivas o de bajo nivel, centradas en el mecanismo de la escisión (*splitting*) ^{(5) (6) (17) (19) (20)}. Mientras las primeras permiten un funcionamiento más adaptativo, las segundas, como la idealización, la desvalorización o la identificación proyectiva, distorsionan la percepción de la realidad para gestionar ansiedades intolerables, lo que contribuye directamente en la inestabilidad emocional y relacional de las organizaciones de la personalidad más graves, los mecanismos de defensa primitivos están aparejados de brotes psicóticos en los procesos de entrevista clínica ^{(5) (15) (20)}.

Un ejemplo clínico de esto es un paciente que, manejando mecanismos primitivos basados en la escisión, idealiza a su terapeuta y lo describe como una figura sabia y salvadora. Sin embargo, ante una mínima frustración, como la confrontación sobre una conducta en particular del paciente, puede pasar abruptamente a una desvalorización extrema, acusando al mismo terapeuta de ser inútil y malintencionado. Este cambio radical no es una simple fluctuación del ánimo, sino el reflejo de una incapacidad estructural para integrar los aspectos buenos y malos de un mismo objeto, perpetuando así el caos en sus relaciones interpersonales en general.

1.3. Prueba de la realidad:

Finalmente, la prueba de realidad, se comprende como la capacidad del yo para distinguir entre los propios estados internos —como pensamientos, fantasías o deseos— y la realidad externa y objetiva. Esta función es fundamental para el diagnóstico diferencial, ya que su estado varía significativamente según el nivel de organización, que como vemos en la figura 1, puede ir desde una organización más perturbada, donde la prueba de realidad esta alterada, pasando por la organización limítrofe y la prueba de realidad que suele variar entre lo intacto y las distorsiones transitorias, hasta llegar a la organización neurótica con una prueba de realidad adecuada ^{(5) (15) (17) (20) (21)}. Por ejemplo, un paciente con organización limítrofe, tras una fuerte discusión, podría pensar momentáneamente que “todos me odian y conspiran en mi contra”. Sin embargo, a diferencia de un paciente psicótico, si se le confronta de manera empática, es capaz de cuestionar esta idea y reconocer que es una reacción exagerada, algo que no pasa en el paciente con organización psicótica, quien finalmente, continuara creyendo ser víctima de una conspiración.

2. LAS RELACIONES OBJETALES COMO MARCO DE LA TEORÍA DE KERNBERG

La descripción de los tres criterios para la organización de la personalidad (identidad, defensas y prueba de realidad) estaría incompleta si no se la enmarca en una teoría que explique el origen y configuración de estas estructuras: la teoría de las relaciones objetales. Este concepto, adaptado a la teoría de Melanie Klein, se refiere a cómo las interacciones significativas, especialmente en la infancia, son internalizadas y forman una matriz de representaciones mentales. Estas

representaciones no son recuerdos, sino formas compuestas por una imagen del sí-mismo, una imagen del objeto (el otro) y el afecto que las une. Según este modelo, la mente del infante internaliza estas relaciones de forma polarizada: existen representaciones totalmente buenas, asociadas a experiencias gratificantes, y otras totalmente malas, vinculadas a la frustración y la agresión ^{(5) (22) (23) (24)}.

El nivel de organización de la personalidad de un adulto dependerá directamente de cómo logró integrar (o no) este mundo interno de relaciones objetales. Un desarrollo saludable, donde se integran las representaciones buenas y malas, da como resultado una identidad integrada, donde el individuo se percibe a sí mismo y a los demás de forma coherente y estable. Por el contrario, un fracaso en esta integración, a menudo por violencia durante la infancia perpetúa un mundo interno escindido, esto se manifiesta clínicamente como la difusión de la identidad. A su vez, esto determina los mecanismos de defensa: la integración permite defensas maduras como la represión, mientras que la persistencia de la escisión obliga al yo a usar defensas primitivas para mantener polarizadas las representaciones internas y evitar una ansiedad intolerable. Finalmente, esta estructura interna es la que provee la fortaleza del yo (yoica) necesaria para mantener una prueba de realidad estable. Así, la organización de la personalidad es el reflejo observable de la calidad del mundo interno de relaciones objetales del paciente.

3. DE LA TEORÍA A LA APLICACIÓN CLÍNICA: TERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

La aplicación clínica del modelo de organización de la personalidad de Kernberg se materializa en una modalidad de tratamiento específica: la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT, o TFP por sus siglas en inglés). A diferencia de otras terapias que pueden centrarse en los síntomas o en eventos externos, la PFT considera que el campo terapéutico fundamental es la relación que se establece en el aquí y ahora entre el paciente y el terapeuta. La premisa es que las conflictivas relaciones objetales internalizadas del paciente, con sus afectos y defensas primitivas, se activarán y se representarán de manera inevitable en el fenómeno de la transferencia (proceso inconsciente mediante el cual el paciente proyecta sobre el terapeuta sus relaciones objetales internalizadas, reviviendo así en la sesión los patrones relacionales y afectivos de su pasado).

El trabajo del terapeuta en la PFT no es el de un observador pasivo, sino el de un participante activo que utiliza sus propias reacciones emocionales (la contratransferencia) como una herramienta para comprender el mundo interno del paciente. La intervención central consiste en observar, clarificar y, eventualmente, interpretar al paciente cómo las percepciones distorsionadas que tiene de sí mismo y del terapeuta en la sesión son un reflejo de su mundo interno de relaciones objetales escindidas. El objetivo final es la integración de estas representaciones polarizadas, ayudando al paciente a construir una identidad más coherente y a reemplazar las defensas primitivas por otras más maduras.

Para ilustrarlo con un ejemplo concreto, imaginemos a un paciente con organización límite que, durante una sesión, se muestra hostil y acusa al terapeuta de ser cruel porque este la confronta sobre su actitud ante un problema con la amiga. El terapeuta de PFT, en lugar de enfocarse en el evento externo (el problema con la amiga), podría decir: “Parece que en estos momentos usted está experimentando que yo soy una figura cruel y negligente que la confronta, para luego abandonarla y al mismo tiempo, usted se siente como una víctima indefensa. ¿Es posible que esta dinámica, donde hay un agresor y una víctima, sea un patrón que se repite en su vida y que ahora está ocurriendo entre nosotros y que ocurrió con su amiga?”. Esta intervención no busca discutir la realidad de los hechos, sino poner de manifiesto la activación de una dicotomía de relación objetal internalizada (agresor-víctima) en la transferencia, abriendo la puerta para que el paciente pueda reflexionar sobre este patrón y, eventualmente, integrarlo.

CONCLUSIONES

En un mundo cada vez más complejo, donde las dinámicas económicas, sociales y tecnológicas entran en juego, es fácil convencerse de que las soluciones en salud mental deben ser “eficientes”, entendiendo esto como intervenciones rápidas y protocolizadas, centradas en la mitigación de síntomas. En este contexto, ya sea a través de la psicoterapia o la psicofarmacología, enfoques como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) a menudo ocupan un lugar preeminente. Sin embargo, la evidencia es cada vez más clara al respecto, pues múltiples estudios y metaanálisis no muestran diferencias significativas de efectividad entre las distintas escuelas de psicoterapia ^{(6) (26)}. Es precisamente aquí donde visitar a Otto Kernberg se vuelve necesario y

urgente. Su modelo nos permite ir más allá de un DSM centrado en el síntoma para volver a las raíces de la clínica: nos obliga a revisitar al sujeto en su individualidad, con sus conflictos intrapsíquicos y su historia relacional. Para la psiquiatría, y en especial para la formación en la residencia médica, estudiar a Kernberg no es solo aprender un modelo más; es adquirir una herramienta para pensar la complejidad y para formular un diagnóstico estructural —basado en la integración de la identidad, los mecanismos de defensa y la prueba de realidad— que guíe la terapia a largo plazo, sin reducir su comprensión

o el sufrimiento psíquico a un simple checklist. En definitiva, su paradigma rearma al clínico para los casos más desafiantes, aquellos que la eficiencia protocolizada pasa por encima o es insuficiente.

Por ello, este artículo ha decidido presentar una revisión del modelo de Otto Kernberg, no como una reliquia teórica, sino como una herramienta clínica vigente y necesaria, refrendando su valor para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad, cuadros afectivos y defendiendo su lugar indispensable en la formación de todo psiquiatra.

REFERENCIAS

1. Potash, J.B., McClanahan, A., Davidson, J., Butler, W., Carroll, N., Ruble, A., Yaden, M., King, D., Torous, J., Zandi, P.P., Kennedy, K.G., Smith, T.E., Waghray, A., Trestman, R. and Wills, M. *The Future of the Psychiatrist*. Psych Res Clin Pract. 2025. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20240130>.
2. Loncar S. *Why Einstein Wouldn't Be Published Today: A Conversation with Lorraine Daston, Part Two* [Internet]. *The Marginalia Review of Books*; 2023 [citado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://themarginaliareview.com/why-einstein-wouldnt-be-published-today-a-conversation-with-lorraine-daston-part-two/>
3. Kendler KS. *The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism*. Mol Psychiatry. 2012 Apr;17(4):377-88. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182>.
4. Kernberg OF. *New developments in transference focused psychotherapy*. Int J Psychoanal. 2016 Apr;97(2):385-407. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12289>.
5. Kernberg, Otto F., Hermelinda Juárez Ramírez, and Jorge Abenamar Suárez. *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México: El manual moderno, 1987.
6. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. *Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies*. World Psychiatry. 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156.
7. Kernberg OF. *What's Next? A Clinical Overview*. Psychiatr Clin North Am. 2018 Dec;41(4):xxvii-xxii. doi: 10.1016/j.psc.2018.08.003.
8. Van Praag HM. *Nosologomania: a disorder of psychiatry*. World J Biol Psychiatry. 2000 Jul;1(3):151-8. doi: 10.3109/15622970009150584
9. Beeker T, Witeska-Młynarczyk A, Te Meerman S, Mills C. *Editorial: Psychiatrization of society*. Front Sociol. 2023 Oct 11;8:1258264. doi: 10.3389/fsoc.2023.1258264.
10. Zeng, Bing-Syuan, Ping-Tao Tseng, and Chih-Sung Liang. *Over-diagnosis of psychiatric disorders*. The Lancet. 2024: 1446.
11. Hörz-Sagstetter S, Caligor E, Preti E, Stern BL, De Panfilis C, Clarkin JF. *Clinician-Guided Assessment of Personality Using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. J Pers Assess. 2018 Jan-Feb;100(1):30-42. doi: 10.1080/00223891.2017.1298115.
12. Carvalho, S., et al. *"The evolution of cognitive behavioural therapy—The third generation and its effectiveness*. European Psychiatry. 2017: s773-s774.
13. Shedler J. *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. Am Psychol. 2010 Feb-Mar;65(2):98-109. doi: 10.1037/a0018378.
14. Gabbard, Glen O., and Viviana Horigian. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2002.
15. Kernberg OF. *Psychotic Personality Structure*. Psychodyn Psychiatry. 2019 Winter;47(4):353-372. doi: 10.1521/pdps.2019.47.4.353. PMID
16. Laverdière O, Gamache D, Diguier L, Hébert E, Larochelle S, Descôteaux J. *Personality organization, five-factor model, and mental health*. J Nerv Ment Dis. 2007 Oct;195(10):819-29. doi: 10.1097/NMD.0b013e318156815d
17. Kernberg, Otto. *"Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas*. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis. 2007; 1699-4825.
18. Akhtar S. *The syndrome of identity diffusion*. Am J Psychiatry. 1984 Nov;141(11):1381-5. doi: 10.1176/ajp.141.11.1381.
19. Csáky-Pallavicini K, Horváth Z, Unoka Z, Kun B, Demetrovics Z. *Personality organization and anxiety symptoms: Investigating the mediation of perfectionism*. Compr Psychiatry. 2025 Apr;138:152582. doi: 10.1016/j.comppsy.2025.152582.

20. Alfonso CA. Otto Kernberg, mecanismos de defensa y la relación entre las organizaciones de la personalidad patológica [Internet]. Academia.edu; [fecha de publicación desconocida] [citado el 17 de junio de 2025]. p. 239-246. Disponible en: https://www.academia.edu/43258963/Otto_Kernberg_mecanismos_de_defensa_y_la_relaci%C3%B3n_entre_las_organizaciones_de_la_personalidad_patol%C3%B3gica
21. Biberdzic M, Sowislo JF, Cain N, Meehan KB, Preti E, Di Pierro R, Caligor E, Clarkin JF. Establishing Levels of Personality Functioning Using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO-R): A Latent Profile Analysis. *J Pers Assess*. 2024 Nov-Dec;106(6):727-739. doi: 10.1080/00223891.2024.2330502.
22. Shahar G. The (Suicidal-) Depressive Position: A Scientifically Informed Reformulation. *Psychodyn Psychiatry*. 2018 Summer;46(2):265-293. doi: 10.1521/pdps.2018.46.2.265.
23. Martínez Herrera, Manuel. "Psicopatología y teoría de las relaciones objetales". *Revista de Ciencias Sociales*. 2014. 147-158.
24. Normandin, Lina, Alan Weiner, and Karin Ensink. An integrated developmental approach to personality disorders in adolescence: expanding Kernberg's object relations theory. *American Journal of Psychotherapy*. 2023; 9-14.
25. Stern BL, Caligor E, Hörz-Sagstetter S, Clarkin JF. An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Dec;41(4):595-611. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.007.
26. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, Cipriani A, Cristea IA, Furukawa TA. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*. 2021 Jun;20(2):283-293. doi: 10.1002/wps.20860.