

MALÊTRE

Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

ENSAYO 1: FUNDAMENTOS METAPSICOLÓGICOS

Pedro V. Camacho Segura

Ana Paola Venegas Wignall



Imagen evilfavoriteart en Pixabay

ABSTRACT

La clínica contemporánea de los trastornos de la personalidad (TP) exige una revisión epistemológica que supere tanto el reduccionismo neurobiológico endógeno como el aislamiento intrapsíquico clásico (Engel, 1977; Kernberg, 2004b; Paris, 2018). El presente ensayo establece que las manifestaciones sintomáticas del psiquismo singular no ocurren en el vacío, sino en la intersección dinámica de tres espacios psíquicos coordinados: el espacio transubjetivo (la cultura, las instituciones y los garantes de la subjetivación), el espacio intersubjetivo (la trama vincular y los linajes transgeneracionales) y el espacio intrapsíquico (la arquitectura de la personalidad y la integración identitaria) (Kaës, 1976, 2012). A partir de la metapsicología de René Kaës (2012b, 2012c) y la clínica estructural de Otto Kernberg (1984, 2006, 2018), se propone cómo el *malêtre* contemporáneo —caracterizado por la falla de los

garantes metasociales y el desmantelamiento de los metaencuadres— no es un adorno sociológico, sino un factor determinante que propicia e induce fallas en la estructuración del Yo y en la génesis de las patologías de la personalidad. Se introducen la precisión filológica de las instancias ontológicas (Individuo, Sujeto y Persona), la transmisión de bloques de información del linaje cargados de vectores de acción, y la reconceptualización del encuadre terapéutico (Bleger, 1967) como el contenedor de la parte psicótica de la personalidad y delimitador ético de las fronteras relacionales.

Palabras clave: *Malêtre*, trastornos de la personalidad, René Kaës, Otto Kernberg, intersubjetividad, garantes metapsíquicos, encuadre, diagnóstico estructural, CIE-11.

INTRODUCCIÓN

Es, precisamente, sobre estos garantes y sobre estos encuadres que reposan los cuidados necesarios para la vida, la seguridad y las identificaciones del Yo: estos sostienen ordinariamente la subjetivación, la actividad de simbolización y la construcción del sentido. Su falla o su desaparición genera procesos de autodestrucción, derrumbamiento de representaciones verbales, borramiento o negación de experiencias perceptivas y sensoriales y la desactivación de la capacidad de pensar. René Kaës (2012, p. 224)

En la consulta clínica cotidiana, el profesional de la salud mental —psiquiatra, psicoterapeuta, psicoanalista o psicólogo clínico— atiende un número creciente de pacientes afectados por una inestabilidad emocional severa, difusión de identidad, impulsividad disruptiva, vacío existencial y una marcada fragilidad en la conservación de sus vínculos interpersonales. (Kernberg, 2012c; Paris, 2018; Zanarini et al., 2003). Frente a este panorama, las herramientas tradicionales, a menudo, derivan en impasses terapéuticos frustrantes:

1. Reduccionismo neurobiológico y psicopatología descriptiva. Se tiende a comprender los síntomas como “desbalances químicos”, “rasgos temperamentales inmutables” o “síntomas psicológicos agrupados” ofreciendo contenciones sintomáticas puramente psicológicas o farmacológicas, pero sin resolver la arquitectura estructural y las dinámicas interpersonales subyacentes (Kernberg, 2004b; Engel, 1977; Paris, 2020).

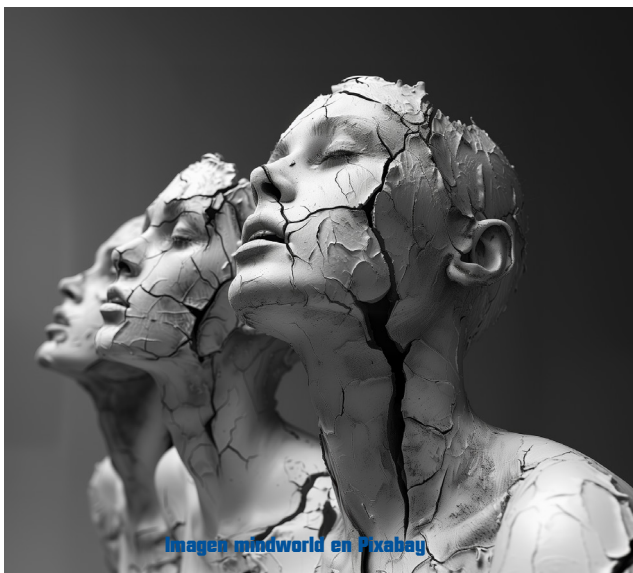
2. La psicoterapia intrapsíquica clásica. Se corre el riesgo de encerrar al paciente en un solipismo individual, interpretando la patología como un conflicto estrictamente endógeno y desatendiendo las alianzas y pactos invisibles de su trama vincular y transgeneracional (Kaës, 1989, 2012c).

El clínico en salud mental contemporáneo requiere de un mapa integrador que sostenga que el síntoma de su paciente no constituye una anomalía aislada. Los trastornos de la personalidad (TP), y de manera paradigmática el trastorno límite de personalidad (TLP), constituyen la encarnación clínica de una fractura que atraviesa de manera simultánea los espacios intrapsíquicos, intersubjetivos y transubjetivos (Cavicchioli et al., 2024; Kaës, 2012b; Kernberg, 1984). Comprender el *malêtre* —entendido metapsicológicamente

como una falla en la función de envoltura, sostén y garante que la cultura debe ejercer para posibilitar el advenimiento del sujeto)— es una necesidad diagnóstica, pronóstica y estratégica fundamental para evitar el sobre-diagnóstico estigmatizante, sostener la alianza terapéutica y orientar la dirección del tratamiento (Kaës, 2012b).

Para abordar este entramado conceptual con el mayor rigor epistemológico sin incurrir en textos dispersos, la presente propuesta se divide en dos fases interconectadas:

- **ENSAYO 1** (El presente documento —Fundamentos y Estado del Arte): Dedicado a sistematizar rigurosamente los cimientos teóricos consolidados por René Kaës (1976, 2012b, 2012c) (Malêtre, metapsicología de los espacios coordinados y garantes metapsíquicos), Otto Kernberg (1984, 2006, 2018) (organización estructural de la personalidad e identidad), Peter Tyrer (2015, 2019) (modelo dimensional de severidad en la CIE-11), Joel Paris (2008, 2020) (trayectoria longitudinal y atenuación de la impulsividad) y Lola López Mondéjar (2022) (las subjetividades contemporáneas). Ofrece al lector el piso mínimo indispensable para articular la crisis de la cultura con la clínica de la personalidad.
- **ENSAYO 2** (Propuestas e hipótesis de innovación vincular-estructural): Un texto de propuesta y creación original, donde se desplegarán las hipótesis sobre la transmisión transgeneracional de bloques de información psíquica, la articulación del nivel de organización de la estructura vincular con la estructura



de la personalidad (monádica, diádica, triádica), la operacionalización del modelo SOFA-HESC y la evaluación práctica de las áreas de funcionamiento vincular (AFV).

La insuficiencia del modelo biopsicosocial tradicional

El modelo biopsicosocial, introducido por George Engel (1977) para trascender el reduccionismo biomédico, ha sufrido una severa degradación en la práctica psiquiátrica habitual. En los manuales diagnósticos y en las formulaciones clínicas convencionales, el vector “social” ha quedado degradado a un listado estático de variables sociodemográficas (nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil o estresores ambientales aislados) (Paris, 2018, 2020).

Si bien, estas variables aportan valor epidemiológico, omiten la dimensión metapsíquica de la cultura (Kaës, 2012b). El modelo tradicional no evalúa cómo se transmiten, heredan e inscriben los bloques de información transpsíquicos e intersubjetivos que participan en la génesis y consolidación de la identidad (Aulagnier, 1975; Kaës, 1989, 2012c). La cultura no opera como un “escenario exterior” ni como un mero “estresor ambiental”: la cultura actúa como un metaencuadre y como un conjunto de garantes metasociales y metapsíquicos que apuntalan y sostienen diversas estructuras psíquicas vinculares capitales en la subjetivación de las personas; es decir, en la construcción de su identidad y su personalidad. Entre ellas, podemos mencionar: la capacidad de pensar, la función preconsciente, la represión estructurante y el contrato narcisista fundador del sujeto (Aulagnier, 1975; Kaës, 2012b, 2015). Ignorar estos vectores condena al clínico a interpretar los síntomas del paciente como meras fallas puramente individuales, perdiendo de vista que, en el sujeto, están encarnadas la configuración de su matriz vincular y del tejido sociocultural en los que habita (Kaës, 2012b; López Mondéjar, 2022).



Imagen Geralt en Pixabay

Individuo, Sujeto y Persona

Para la práctica clínica y la literatura académica, es clave diferenciar filológica y ontológicamente tres términos con distintas implicaciones epistemológicas (Kaës, 2012b, 2012c; López Mondéjar, 2022):

El **individuo** (del latín *individuus*: “lo indiviso”) designa la unidad biológico-orgánica singular con temperamento genético (Costa & McCrae, 1992; Engel, 1977). Su uso moderno está influido por el hiperindividualismo, promoviendo el aislamiento y la autosuficiencia (López Mondéjar, 2022). Clínicamente, la hipertrofia del individuo genera el espejismo de una mente autárquica que niega su dependencia del entorno vincular (Kaës, 2012b; López Mondéjar, 2022).

El **sujeto** (del latín *subjectus*: “sujetado a”) es un sujeto del inconsciente, del grupo y de sus vínculos (Kaës, 2012c, 2015). Alude a los apoyos y apuntalamientos (*anlehnung*) que edifican la identidad (Freud, 1905, 1914; Kaës, 1976), constituyéndose por alianzas inconscientes,

contratos narcisistas, pactos denegativos y la cadena transgeneracional (Aulagnier, 1975; Kaës, 1989, 2012). Evaluarlo implica analizar cómo se constituyó ante los vínculos y garantes que hoy lo habitan.

La **persona** (del latín *persona*: “máscara del actor”) es el agente social, jurídico, ético e interpersonal que encarna roles cotidianos (Kernberg & Caligor, 2005). Es la instancia operativa para desplegarse en el mundo y tomar decisiones (Kernberg, 2016; Millon et al., 2004). Mientras el sujeto remite a la arquitectura profunda e inconsciente de la sujeción (Kaës, 2012b), la persona remite al desempeño funcional en las áreas de funcionamiento vincular (AFV), al juicio moral y a la responsabilidad comunitaria (Kernberg, 2018).

¿Qué es el *Malêtre*?

El sufrimiento psíquico del mundo moderno es un sufrimiento de formaciones intermedias, de procesos de ligazón intrapsíquica y de configuraciones de vínculos intersubjetivos. Si no comprendemos esto, dejamos el camino libre a la medicalización del malêtre, a la sobre-consumo de diagnósticos y de farmacopea, y a la reducción del sujeto enfermo a un objeto parcial, a un síntoma, o a un comportamiento. René Kaës (2012, p. 23)

Para dimensionar el sufrimiento humano provocado por la cultura actual, Kaës acuña el neologismo *malêtre* para describir que, dado que nos constituimos fuertemente influidos por la cultura en la que vivimos, tanto las fallas de ésta como sus contenidos destructivos propician un mal-ser/estar (etre en francés es similar a la conjugación del verbo to be del inglés) tanto en la vivencia de la propia identidad, como en la manera en que nos vinculamos (Kaës 2012b, 2012c).

Cabe recordar que el *malaise* (*El malestar en la cultura*) propuesto por Freud (1930) postula que la civilización exigía una renuncia pulsional —tanto libidinal como tanática (agresiva)— a cambio de la seguridad y el cuidado comunitarios (Freud, 1930). La consecuencia directa de esta renuncia era la sofocación del deseo, la hipertrofia del Superyó y la promoción del sentimiento de culpa que alimentaba a las neurosis (neurosis por conflicto). La cultura funcionaba como un corsé represivo, pero indiscutiblemente organizador y estructurante.

Ahora bien, el *malêtre* (Mal-ser/estar por fallas en el apuntalamiento de la cultural) propuesto por Kaës (2012b, 2012c) propone que la sociedad post

e hipermoderna ha dejado de operar como una estructura contenedora rígida para convertirse en un envoltorio deshilachado que falla en darle certeza a los sujetos de una sociedad. El dolor y el sufrimiento del sujeto contemporáneo no proviene de un exceso de prohibiciones que sofocan sus deseos pulsionales, sino del vaciamiento y desmantelamiento de los dispositivos de apoyo, apuntalamiento y contención socioculturales (Kaës, 2012b, 2012c).

Una sociedad (y sus instituciones constituyentes), que se ha debilitado en sus certezas simbólicas y en sus mitos colectivos de filiación, deja a sus sujetos en un estado de desamparo originario (Kaës, 2012b). El *malêtre* no es un mero estado afectivo o una incomodidad psicológica individual: es un problema estructural de la subjetivación, del devenir-Yo (le devenir Je) que atraviesa y desarticula de manera simultánea todos los espacios de la realidad psíquica (transubjetivo, intersubjetivo e intrapsíquico) (Kaës, 1976, 2012b).

Apuntalamiento, garantes, respondiente y función ontenedor

Para entender lo que es el *malêtre*, es indispensable comprender ciertas funciones que ejercen los grupos y sus vínculos en la construcción del sujeto. El principio metapsicológico de apuntalamiento (*anlehnung*), introducido por Freud (1905, 1914) para explicar cómo la pulsión se apoya sobre las



Imagen MoMagic en Pixabay



funciones fisiológicas de conservación, fue expandido por René Kaës hacia el espacio multisubjetivo. La psique no nace en autarquía: el psiquismo singular se erige sobre los garantes dotados por sus grupos y vínculos primarios de pertenencia (Kaës, 1976, 2012b).

Retomando un término acuñado originalmente por el sociólogo Alain Touraine (1965), Kaës (2014) define a los garantes metasociales como las grandes estructuras de encuadre, ordenamiento y regulación de la vida social y cultural de una época. Comprenden principalmente la ley, la ciencia, la religión y la cultura (mitos, ideologías, las creencias colectivas, etc). Su tarea es garantizar una estabilidad suficiente a las formaciones sociales y, a través de ella, dotarlas de una legitimidad incuestionable. Proveen un marco de certezas estables, valores comunes y sistemas de representación compartidos que guían la acción de una colectividad. Correspondientemente, los garantes metapsíquicos son las formaciones y procesos cuya función es estructurar y apuntalar la psique de cada sujeto singular. Consisten esencialmente en las prohibiciones fundamentales (como la interdicción del incesto y del asesinato del semejante), las leyes estructurantes y las alianzas inconscientes estructurantes de base (tales como el contrato narcisista o el pacto de renunciamiento mutuo a la realización directa

de los fines pulsionales destructivos). Como se podrá observar, este interjuego constituye un encuadre y trasfondo silencioso de realidad psíquica que otorga las condiciones intersubjetivas previas indispensables para que el psiquismo de un sujeto pueda emerger, organizarse y dar paso al devenir del Yo.

La función de respondiente (*respondant* [fr.]: aval, sostén y confirmación de la respuesta) designa el trabajo del entorno primario para ofrecer una respuesta humanizante que transforme la vivencia emocional cruda del infante en representaciones simbolizables (Kaës, 2015, 2026). Sin un *respondant* firme, las vivencias angustiantes son introyectadas como caos indigerible.

Más allá de la recepción pasiva, Kaës (2012b) postula que la función contenedor articula tres dimensiones indispensables: (1) la *contenance* (capacidad de recibir y albergar la experiencia sin resultar destruido); (2) la transformación activa que permite transformar los elementos no metabolizados (elementos beta) en representaciones simbolizables (elementos alpha) (Bion, 1962), haciendo una verdadera labor de preconsciente intersubjetiva (Kaës, 2012a, 2012b). Esta función se apoya dinámicamente por una tercera función (3): la función de depósito formulada por Enrique Pichon-Rivière (1969) y reelaborada por José Bleger (1967), según la cual el entorno o el encuadre operan como depositarios donde el sujeto (depositante) coloca los contenidos, fantasías o aspectos indiferenciados y no metabolizados de su psique (el depósito).

Emergencia del *malêtre*

Cuando este andamiaje de sostén se fractura, la entrada al *malêtre* no ocurre como un choque repentino, sino como una espiral viciosa en cascada. La secuencia se desencadena cuando las instituciones y referentes culturales (los garantes metasociales) pierden su firmeza, dejando al entorno familiar sin un marco seguro en el cual apoyarse. Al quedar desamparados, los cuidadores primarios, su capacidad para actuar como un respondiente atento se agota, provocando que la función contenedor se debilite: en lugar de albergar y transformar activamente las angustias del niño para ayudarlo a pensar (función preconsciente), la matriz relacional queda reducida a un depósito rígido donde los contenidos brutos y no digeridos (elementos beta) se acumulan sin procesar (Bion, 1962; Bleger, 1967; Kaës, 2012a, 2012b). Incapaz de metabolizar este exceso, el

psiquismo aloja estas experiencias como cuerpos extraños, lo que induce fallas en la integración del Yo, detona defensas arcaicas como la escisión y la forclusión y termina por retransmitir generacionalmente un desamparo y falta de certeza hacia los grupos y vínculos del tejido familiar y social (Kaës, 2012a, 2012b).

La personalidad y sus patologías

Probablemente todos los investigadores y expertos en personalidad estarían de acuerdo en que la personalidad está codeterminada, por un lado, por disposiciones genéticas y constitucionales [...] Creo que el principal obstáculo para el progreso en esta área general del conocimiento humano es la tentación de un reduccionismo radical en el desarrollo de marcos teóricos [...] lo que puede conducir a marcos de referencia aparentemente incompatibles. Otto Kernberg (2016, p. 146)

La Personalidad: Solipsismo intrapsíquico y fenomenología descriptiva

Entender qué es la personalidad ha sido una de las fascinaciones más persistentes y complejas de la psicología y la psiquiatría clínica. En términos amplios, la personalidad se concibe como aquella organización dinámica e integrada de patrones cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales que otorgan un sello de continuidad, estabilidad y singularidad a la experiencia subjetiva y relacional de un individuo en su interacción con el entorno (Allport, 1937; Kernberg, 2016; Millon et al., 2004).

Sin embargo, una mirada histórica a la construcción de este concepto revela un sesgo predominantemente individualista e intrapsíquico: la tradición psicoterapéutica y psiquiátrica occidental tendió a encapsular la personalidad dentro de las fronteras biológicas del sujeto, reduciéndola a un ensamblaje endógeno de predisposiciones genéticas, rasgos temperamentales y mecanismos de defensa puramente individuales (Costa & McCrae, 1992; Millon, 2011). En este afán por medir y clasificar lo que habita “dentro” de la mente singular, la influencia de las matrices vinculares, la transmisión transgeneracional del linaje y la función estructurante de los garantes de la cultura quedaron relegadas, figurando habitualmente como meras acotaciones a

pie de página, “variables ambientales confusoras” o simples escenarios secundarios (Engel, 1977; Kaës, 2012b; López Mondéjar, 2022).

A la hora de definir el momento en que la personalidad enferma, la nosología psiquiátrica ha recorrido un camino no exento de intensos debates. Las clasificaciones actuales de mayor uso en el ámbito de la salud mental, como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su edición revisada (DSM-5-TR; American Psychiatric Association 2022) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2018), han apostado por un enfoque de corte marcadamente fenomenológico y descriptivo. Su propósito principal ha sido operacionalizar patrones observables de conducta, estilos cognitivos y dominios de disfunción interpersonal, buscando consensos epidemiológicos ateóricos que faciliten el diagnóstico clínico y el lenguaje interprofesional (Bach & First, 2018; Tyrer et al., 2015).

No obstante, el gremio de la salud mental se enfrenta de manera cotidiana a un desafío epistemológico mayor: alcanzar un consenso definitivo sobre cómo diferenciar con precisión los rasgos patológicos de la personalidad respecto a la personalidad sana, lo cual ha resultado ser una empresa



Imagen Geralt en Pixabay

de enorme complejidad (First et al., 2021; Widiger & Clark, 2000). Dado que los rasgos de personalidad existen a lo largo de un continuo dimensional —donde características como la suspicacia, la expresividad afectiva, la dependencia o la rigidez pueden funcionar como estrategias adaptativas en contextos adversos o como indicadores de inflexibilidad severa, pues, delimitar el umbral entre el “estilo” y la “patología”— exige trascender el mero recuento sintomático e interrogar la arquitectura profunda de la estructura psíquica y la calidad de las tramas vinculares en las que la persona se despliega (Kernberg & Caligor, 2005; Skodol et al., 2011).

Evaluación de rasgos y diagnóstico estructural

Ahora bien, para llevar al clínico de la mano en la comprensión de la personalidad, es imperativo establecer que una evaluación completa no puede limitarse únicamente a describir etiquetas de conductas observables. Razón por la cual se puede recurrir a realizar un inventario pormenorizado de todas las características de la forma de ser de una persona (como el modelo de los Cinco Grandes [Big Five: Costa & McCrae, 1992]), o bien, describir el patrón de funcionamiento que se posee con dichos rasgos, con lo cual, se describe el nivel de madurez emocional vincular (la estructura de personalidad)¹. Cada uno de esos dos sistemas posee pros y contras, para lo cual se remite al lector interesado a la literatura especializada en el tema. Baste destacar que cuando una persona, sus familiares o el clínico, requieren una descripción completa de los rasgos del carácter, se requieren aplicar pruebas psicológicas ya estandarizadas para construir el perfil completo. Esto demanda tiempo, dinero y esfuerzo; mas sólo arroja una especie de fotografía que describe el momento actual de la persona. Ahora bien, la comprensión de la estructura de personalidad, otorga al clínico una ruta que le permite dirigir el tratamiento independientemente de las etiquetas diagnósticas; dado que el tratamiento para un determinado nivel estructural posee eficacia para los trastornos alojados en ella (Kernberg, 1984, 2014, 2018; Labbé-Arocca et al., 2020).

Ambas herramientas son útiles, pero demandan un entrenamiento muy largo y relativamente costoso. Razón por la cual, la estandarización y la capacitación de la evaluación de la personalidad, tanto en su normalidad como en su patología, ha resultado difícil en el primer nivel de atención. Por si fuera poco, los modelos psicométricos diseñados para medir rasgos normales en la población general resultan

insuficientes para valorar los rasgos patológicos del carácter. Así mismo, tampoco pueden construir una etiqueta diagnóstica y no evalúan el síndrome de difusión de identidad, la prevalencia de mecanismos defensivos primarios basados en la escisión, ni la pérdida secundaria del juicio de realidad ante el conflicto afectivo (Kernberg, 2006; Lenzenweger et al., 2001); todos ellos importantes en la evaluación psicodinámica de la personalidad.

Severidad en los trastornos de personalidad

En el ejercicio clínico contemporáneo, formular una simple etiqueta categorial (por ejemplo, “trastorno límite” o “trastorno narcisista”) resulta insuficiente si no va acompañada de un indicador de severidad o gravedad funcional (Bach & First, 2018; Tyrer et al., 2015). La rigidez del modelo categorial clásico (DSM-5 Sección II) genera altas tasas de comorbilidad intracluster y ofrece escasa información pragmática sobre el riesgo del paciente, la necesidad de hospitalización o el nivel de apoyo requerido (APA, 2013; Skodol et al., 2011).

Para resolver este obstáculo nosológico, Peter Tyrer y el equipo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud para la CIE-11 (OMS, 2018) propusieron un cambio de paradigma: sustituir la clasificación de categorías comórbidas por un modelo que determina la severidad del deterioro en el

¹ En la literatura especializada, generalmente se utilizan indistintamente estructura y organización de la personalidad, pero poseen algunas diferencias interesantes. Estructura de la personalidad designa el proceso genético-evolutivo y dinámico mediante el cual el aparato psíquico se edifica progresivamente a lo largo del desarrollo (Kernberg, 2004a). Comprende el ensamblaje entre las predisposiciones neurobiológicas (temperamento), la interacción temprana con los cuidadores primarios y la internalización de las relaciones objetales en la trama vincular (Kernberg, 2014, 2018). La organización de la personalidad describe el estado o nivel de configuración que posee dicha estructura en un momento determinado (Kernberg, 1984; Labbé-Arocca et al., 2020). Es la arquitectura interna resultante que define si el sujeto opera en un nivel neurótico (ONP), limítrofe (OLP - alto o bajo funcionamiento) o psicótico (OPP) (Clarkin et al., 2016; Kernberg, 2004b). Para evaluar la de Kernberg (1984) en la práctica clínica estandarizada (STIPO / STIPO-R; Clarkin et al., 2016), Labbé-Arocca, Castillo-Tamayo, Steiner-Segal y Careaga-Díaz (2020) sintetizaron los criterios cualitativos cardinales en la mnemotecnia RADIOS: Realidad (prueba de), Agresión (infiltración de la), Defensas (mecanismos de), Identidad (formación e integración de la), Objetos (calidad de relaciones de) y Sistema de Valores (Superyó).

funcionamiento interpersonal y social (Bach & First, 2018; Tyrer et al., 2015; Tyrer & Mulder, 2019). El pilar fundamental de la propuesta de Peter Tyrer es su aplicabilidad directa en la atención primaria y en el primer nivel de atención médica (Tyrer & Mulder, 2019). Los profesionales no especializados no requieren memorizar los diez trastornos propuestos en la CIE-11 y en el DSM-5 (que frecuentemente son comórbidos y no necesariamente tienen utilidad práctica para elegir el tratamiento); sino que determinan y diagnostica si una persona posee o no posee un trastorno de personalidad que demanda tratamiento. Desde el punto de vista de los autores, consideramos que esta propuesta es una herramienta ágil que permite determinar de manera sencilla la severidad de los trastornos de personalidad en cuatro niveles escalonados:

- **Dificultad de la personalidad** (*personality difficulty*): Manifestaciones leves o rasgos pronunciados que causan problemas ocasionales en contextos específicos, sin cumplir el umbral de un trastorno formal.

- **Trastorno de la personalidad leve** (*mild personality disorder*): Compromiso restringido a pocas áreas relacionales (por ejemplo, dificultades de pareja o laborales específicas), con conservación de la adaptación social general y ausencia de conductas auto o heteroagresivas de riesgo.

- **Trastorno de la personalidad moderado** (*moderate personality disorder*): Disfunción extendida a

múltiples áreas de funcionamiento interpersonal, caracterizada por conflictos frecuentes, impulsividad moderada y notable obstaculización en el desempeño de roles sociales o laborales.

- **Trastorno de la personalidad severo** (*severe personality disorder*): Deterioro masivo y generalizado en la totalidad de las áreas de funcionamiento, acompañado de un alto riesgo vital (intentos suicidas, automutilaciones crónicas, agresividad destructiva) y un colapso severo en la capacidad de conservar vínculos.

De este modo, el indicador de severidad de Tyrer establece la pauta para definir la intensidad del tratamiento requerido y el nivel de contención institucional necesario.

Trayectoria longitudinal de los trastornos de la personalidad

Durante décadas, una creencia ampliamente extendida en la psiquiatría tradicional sostuvo que los trastornos de la personalidad constituían estructuras inmutables y condenas irreversibles de por vida (Paris, 2008, 2018). Sin embargo, investigaciones empíricas longitudinales de largo alcance —destacando el estudio MSAD (McLean Study of Adult Development) liderado por Zanarini (Zanarini et al., 2003, 2012) y el estudio CLPS (*Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*) encabezado por John Gunderson (Gunderson et al., 2011)— han transformado de forma radical este panorama. Estos autores, junto con Joel Paris (2008, 2018, 2020), han demostrado que la trayectoria sintomática de los trastornos de personalidad manifiesta una notable variabilidad a lo largo del ciclo vital, abriendo interrogantes clínicos fundamentales: ¿Son los trastornos de la personalidad padecimientos inalterables para toda la vida? ¿O se comportan de manera dinámica, exhibiendo una remisión natural conforme se atenua la impulsividad característica de la juventud?

Las investigaciones empíricas confirman que en los trastornos del Cluster B (y de manera paradigmática en el trastorno límite de la personalidad), la impulsividad desregulada, los actos autodestructivos irruptivos y la volatilidad afectiva cruda tienden a



Imagen Mar_Olivres en Pixabay



disminuir sustancialmente con el paso del tiempo, de manera particular al transitar la cuarta y quinta décadas de vida (Gunderson et al., 2011; Paris, 2018, 2020; Zanarini et al., 2003). Paris (2018, 2020) explica que la maduración biológica de los circuitos de control neurobiológico inhibitorio, sumada a la acumulación de experiencias de aprendizaje relacional a lo largo de los años, conduce a una atenuación progresiva de los síntomas conductuales agudos. Más del 80% de los pacientes diagnosticados con TLP alcanzan la remisión sintomática de la desregulación conductual severa tras 10 a 15 años de seguimiento (Zanarini et al., 2012).

No obstante, este hallazgo esperanzador, Joel Paris (2018, 2020) y Otto Kernberg (2006, 2018) advierten contra un error diagnóstico habitual: confundir la atenuación de la impulsividad conductual con una “remisión espontánea de la identidad”.

Aunque la agresividad física, las cortes en la piel o las sobredosis remitan por la simple maduración del control de impulsos asociada a la edad, si el sujeto no ha atravesado un proceso psicoterapéutico orientado a la reestructuración profunda, la difusión de identidad, el vacío existencial crónico, la timidez paralizante y/o la inestabilidad en la conservación de relaciones duraderas pueden persistir ya sea de forma explícita o silenciosa (Kernberg, 2006; Paris, 2018).

En contraste, los trastornos del Cluster A (suspicaces/excéntricos) y del Cluster C (ansiosos/inhibidos) tienden a presentar una mayor estabilidad de rasgo a lo largo del tiempo, mostrando una menor tasa de oscilación sintomática, pero una marcada inercia hacia el aislamiento o la rigidez si no se interviene terapéuticamente (Hopwood et al., 2013; Paris, 2018).

La trayectoria longitudinal demuestra, por tanto, que padecer alguna patología de personalidad no es una condena estática, sino una estructura plástica cuya evolución requiere articular la maduración temporal con la psicoterapia activa orientada a la reintegración de la identidad y de los vínculos en los grupos de pertenencia.

En segunda entrega de estos ensayos, los autores compartirán una propuesta relativamente sencilla para evaluar la personalidad y sus rasgos patológicos; de modo tal, que la propia entrevista para comprender sus áreas de funcionamiento vincular, sirva como método para comprender la situación actual de vida de la persona.





Interrelaciones entre el Malêtre y los trastornos de personalidad

Cada sujeto es precedido por el grupo en el cual es llamado a tomar lugar y a contribuir a su mantenimiento. Diferentes clases de alianzas inconscientes lo preceden, lo estructuran y lo solicitan. De este espacio, él es, al mismo tiempo, el heredero, el servidor, el beneficiario y el eslabón. René Kaës (2012, p. 104)

Viñeta Clínica: Camila (28 años)

“Siento que no tengo un centro; soy como un camaleón que migra según el tiktok del día o la persona que tiene enfrente [...] si estoy sola me invade la nada, de la que solo puedo escapar cortándome la piel o desapareciendo.”

Camila, mujer de 28 años, licenciada en diseño digital y creadora de contenido freelance, acude a

tratamiento psicoterapéutico/psiquiátrico derivada tras una ingesta medicamentosa impulsiva de carácter sin convicción suicida, desencadenada por la ruptura abrupta de una relación afectiva de tres meses. En la entrevista inicial, Camila impresiona por una articulación verbal sumamente pulida, un sentido estético sofisticado y una búsqueda incesante de impacto visual en su autopersección. Sin embargo, tras esta fachada de rendimiento y perfeccionamiento estilístico, emergen de inmediato indicadores de una severa desorganización identitaria.

Para integrar la información biopsicosocial, presentaremos el caso describiendo las áreas de funcionamiento vincular (AFV), que pueden ser resumidas bajo el acrónimo SOFA-HESC.

S – Sí mismo:

Camila presenta un sentimiento crónico de vacío, una alta influenciabilidad de su propio criterio (difusión de identidad) y episodios recurrentes de despersonalización. Su vivencia afectiva se caracteriza por una marcada labilidad y desregulación emocional. Ante la amenaza de abandono, soledad o falta de reflejo externo, recurre a autolesiones no suicidas (cortes superficiales en antebrazos y muslos para “sentir los límites del propio cuerpo”), atracones alimentarios ocasionales, actualmente ya reconoce que tiene fallas en su autorregulación y en el manejo de sus emociones.

O – Ocupación:

Trabaja como diseñadora digital freelance, de manera independiente dado que no logra consolidar relaciones estables. Se reconoce como “perfeccionista y muy exigente”. Camila cambia frecuentemente de proyectos, valores estéticos e inclinaciones profesionales en función de la tendencia algorítmica dominante o de las personas con las que convive.

F – Familia

Presenta una relación de amor/odio con su familia de origen, la cual fluctúa dependiendo si ella se siente totalmente apoyada por ellos o viceversa. **Linaje paterno:** El abuelo paterno emigró tras una catástrofe política y familiar que propició pérdidas masivas y violencia. En la familia paterna impera un



pacto de silencio infranqueable. El padre de Camila es un ejecutivo corporativo hiper-exitoso, marcadamente narcisista y emocionalmente inaccesible, cuya única vía de validación hacia Camila ha sido el rendimiento académico y el atractivo estético.

Linaje materno: La madre presenta antecedentes no diagnosticados de inestabilidad afectiva, fluctuando entre la intrusividad devoradora y la negligencia cuando caía en estados depresivos severos. La madre educó a Camila bajo el imperativo de ser “invulnerable y perfecta” como si fuese una obligación de su hija lograr sus expectativas insatisfechas. A pesar de que anhela tener una familia propia con mascotas, se ha percatado que sus relaciones de pareja, frecuentemente se tornan tormentosas por celos y control.

A – Amistades:

Camila muestra una fragilidad extrema en el sostenimiento de vínculos duraderos. Sus relaciones amorosas y de amistad son breves, intensas y atravesadas por una dinámica de idealización y

devaluación. Cuenta con dificultades para vincularse con personas que no se asemejan mucho en sus expectativas de vida. Se reconoce como manipuladora.

H – Hogar:

Su espacio habitacional cuenta está “muy desordenado”. La renta del departamento es realizada por el padre. Tiende a transformar el hogar en una escenografía visual para transmisiones en redes sociales. A pesar de que le gusta su espacio, se siente frecuentemente en soledad, razón por la cual evita permanecer mucho tiempo allí.

E – Espiritualidad:

Se define como atea, pero reconoce que cuando está muy nerviosa, reza ocasionalmente. Fluctúa de un interés superficial en filosofías de “hiperbienestar” y de “autoayuda” a estados de nihilismo profundo. Considera que la moral es anticuada y que no tiene sentido práctico.

SC – Sociocultural:

Dedica una gran parte del día a la hiperconectividad digital (más de 8 horas diarias en Instagram y TikTok). Alterna publicaciones de opulencia estética con mensajes crípticos de dolor psíquico. Experimenta accesos de pánico e impulsividad cuando sus contenidos no alcanzan los niveles esperados de interacción, interpretando la falta de likes como “si no existiera”. Su aspiración a mediano plazo es: “quiero ser famosa como todos... no quiero pensar tanto en el futuro... eso ya será... ¿a poco no quieres tú lo mismo”.

Diagnóstico Estructural y Severidad

Organización Estructural: Organización límite de la personalidad (OLP; Kernberg), nivel límite alto.

Diagnóstico categórico (CIE-11 / Tyrer): Trastorno depresivo mayor recurrente moderado + trastorno de la personalidad de severidad moderada, con rasgos límites, histriónicos, narcisistas y paranoides.

Malêtre y Psicopatología

Para comprender la arquitectura clínica de Camila, resulta insuficiente apelar al modelo psiquiátrico tradicional que reduce su sufrimiento a una simple “desregulación neurobiológica del afecto”, por el contrario, nos ayudará a comprender el impacto del *malêtre* en la génesis de los TP. En la era de la



hipermodernidad y la cultura líquida, la psicopatología dominante ya no nace de la sofocación pulsional (el Malestar en la Cultura freudiano), sino de la desarticulación de los garantes metasociales y metapsíquicos (Kaës, 2012b, 2026).

La desorganización de Camila no se estructura en torno a la culpa neurótica por un deseo prohibido, sino en torno al pánico a la inexistencia. Cuando Camila refiere que “si no hay alguien reflejándome, me invade una nada” (S), podemos observar el rasgo tradicionalmente incluido en lo histérico, pero bajo la influencia de las redes sociales (SC). Las instituciones contemporáneas: familia fragmentada (F), la precarización del trabajo freelance (O), la ausencia de identificación a los relatos identitarios (O, E y F) y la sustitución del vínculo humano por la mediación algorítmica (SC) han cesado de operar como encuadres contenedores. Este colapso en los garantes culturales se relaciona íntimamente con fallas en la consolidación de su identidad y de su Ideal del Yo. El trastorno de personalidad no es un “defecto interno” aislado, sino la traducción intrapsíquica de una crisis transubjetiva: ante una cultura que no encuadra ni metaboliza las vivencias, los sentimientos y que legitime un sentido de vida; el psiquismo responde escindiéndose y exo-actuando lo que la cultura no le ha ayudado a simbolizar.

La enfermedad de la idealidad: Yo-Ideal vs. Ideal del Yo

Uno de los ejes axiales para desentrañar la articulación entre el *malêtre* y las patologías del narcisismo

e inestabilidad de la personalidad radica en la distinción metapsicológica entre dos instancias ideales: el Yo-Ideal y el Ideal del Yo (Chasseguet-Smirgel, 1975). El Yo-Ideal es una formación arcaica, onipotente, heredera del narcisismo primario infantil. Funciona bajo la lógica del “todo o nada”, la imagen estática perfecta y la exigencia de una satisfacción inmediata no mediada por la alteridad ni por el tiempo. Por el contrario, el Ideal del Yo es una estructura secundaria, moldeada a través del complejo de Edipo y la integración de las prohibiciones parentales y culturales. Introduce la dimensión del futuro, el esfuerzo, la sublimación, la aceptación de la castración/límite y la capacidad de posponer la gratificación en pos de un proyecto ético o creativo. De acuerdo con Chasseguet-Smirgel (1975), las personas en las cuales predomina el funcionamiento del Yo-ideal, padecen lo que ella denominó la enfermedad de la idealidad.

La cultura hipermoderna actúa como una incubadora patógena del Yo-Ideal. A través de los algoritmos de las redes sociales y la ideología del “éxito individual autoconstruido”, el medio transubjetivo bombardea continuamente al sujeto con imperativos de visibilidad, belleza e invulnerabilidad, erosionando sistemáticamente los cimientos del Ideal del Yo (López Mondéjar, 2022; Kaës, 2026).

Camila padece severamente esta enfermedad de la idealidad. En su faceta como diseñadora y creadora de contenido (O), proyecta en las pantallas (SC) una imagen especular perfecta: invulnerable, hiper-estética y cotizada. Esta imagen, en realidad

funciona como prótesis que intenta suplir la falta de una identidad integrada (S) que no le brinda garante. Dado que el Yo-Ideal es incapaz de tolerar el fallo, la imperfección o la espera, cuando un post no recibe la validación inmediata (SC) o cuando su pareja no reacciona con la devoción esperada (A), el castillo de naipes se derrumba. La autolesión y las conductas de riesgo (S) aparecen precisamente en el punto de quiebre del Yo-Ideal.

Mejorando el modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial (Engel, 1977) revolucionó la medicina y la psiquiatría al proponer que la salud y la enfermedad resultan de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, en la práctica clínica dominante sobre los trastornos de la personalidad, este modelo ha sufrido una escandalosa degradación reduccionista:

- Lo biológico suele reducirse a una vulnerabilidad genética o neurotrasmisora aislada.
- Lo psicológico se simplifica como “esquemas cognitivos disfuncionales” o “patrones de apego”.
- Lo social queda relegado a una mera variable epidemiológica de fondo (nivel socioeconómico, eventos estresantes vitales), despojada de su densidad simbólica, relacional e inconsciente.

1. La dimensión biológica/temperamental: Camila nació con una hiperreactividad del sistema límbico y una alta labilidad afectiva (S). Sin embargo, esta base biológica no es un destino en sí misma.

2. La dimensión intersubjetiva: Esta reactividad biológica encontró en la familia (F) unos padres incapaces de sostener la función de contención (*holding*) y regulación afectiva; y le impulsaron a obtener la gratificación a través de la obtención narcisista.

3. La dimensión transubjetiva: Esta falla vincular fue amplificada exponencialmente por una cultura hipermoderna (SC) que premia la sobreexposición digital, mercantiliza la identidad y desmantela los rituales de transición y elaboración del duelo.

4. La resultante intrapsíquica: La interacción entre la vulnerabilidad neurobiológica, la falla de contención primaria y la crisis cultural impidió que Camila lograra una integración de la identidad (S) y el desarrollo de defensas avanzadas, cristalizando en la estructura Borderline que observamos en la clínica.

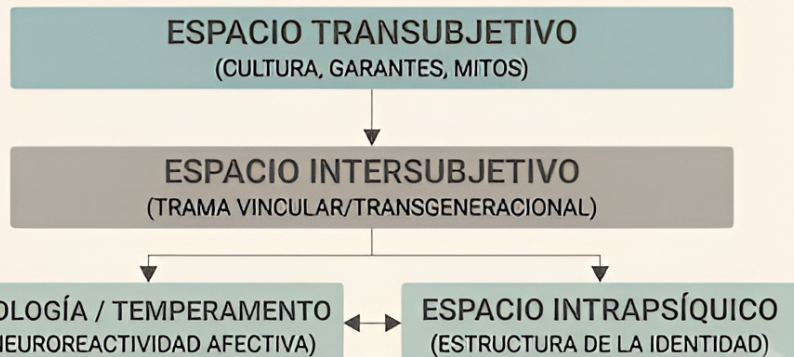
Bloques de información y vectores de acción

Para comprender cómo el sufrimiento navega desde la cultura y la historia familiar hasta el síntoma somático o conductual del paciente, debemos introducir la noción de los bloques de información.

Como ya se comentó, bajo la metapsicología de los espacios psíquicos coordinados (MEPC) de Kaës, se considera que la información de cada uno de los espacios psíquicos (intra, inter y transubjetivo) cuenta con intermediaciones que tienen efectos recíprocos. De modo tal, que Kaës nos invita a visualizar los procesos psíquicos de nuestros pacientes, como el producto de la interacción de bloques de información que tienen influencia desde la cultura hacia el sujeto, mediante el efecto que tienen los vínculos y los grupos en cada interacción humana.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede comprender que los hábitos, estrategias y habilidades que posee una persona, no nacieron por generación espontánea en el sujeto; sino que se transmiten (contagian, imitan, inducen) de un sujeto hacia otro, mediante el efecto mismo del vínculo, contenido en los grupos de afiliación de los cuales forma parte.

MODELO BIOPSIKOSOCIAL EXPANDIDO



CUADRO2

Teniendo en mente todo lo reseñado en el ensayo, se podrá dilucidar que la cultura, los grupos y los vínculos de los cuales el sujeto es parte constituyente, genera un fuerte efecto subjetivante. Los factores no se “suman” linealmente; se codeterminan y vectorizan dinámicamente.

Analicemos la psicopatología de Camila:



El conjunto de hábitos, estrategias y habilidades de una persona están fuertemente relacionados con el linaje familiar del cual proviene; pero, nunca jamás se considera como una estructura inamovible. Con cada encuentro con un otro (y más de un otro), el sujeto puede cambiar dichos hábitos, estrategias y habilidades. Dependiendo de las características intrínsecas del vínculo es que “se puede” o “no” mejorar el funcionamiento interpersonal y con ello cambiar el funcionamiento de la personalidad (Kaës, 2012b, 2012c, 2026). Esta tesis está muy influida por la corriente psicodinámica de la psicoterapia, en la cual se considera que el propio encuadre y técnica de la terapia pueden reparar los registros mnémicos de cada paciente (Kernberg, 2014, Linehan, 1993). Los autores del presente artículo estamos plenamente convencidos que con una técnica vincular correcta, se puede mejorar el patrón de afrontamiento en las relaciones interpersonales de nuestros pacientes.

Se podría decir que los hábitos, estrategias y habilidades de un sujeto están sintetizadas a modo de bloques de información. Se trata de conocimiento implícito que se aprende ensayo y error y por imitación. Las estrategias de afrontamiento para saber cómo desempeñarse en las relaciones interpersonales son un subtipo de información que puede ser reaprehendido con la propia dinámica de la relación terapéutica.

En el caso de Camila, la circulación de estos bloques es dolorosamente transparente: El silencio sepulcral rodeando el trauma de inmigración y violencia del abuelo paterno no desapareció; se transmitió como una orden inconsciente: “para sobrevivir

está prohibido sentir dolor, hay que ser invulnerable y triunfar”. Este bloque no metabolizado circuló transgeneracionalmente y fue reconfirmado por la exigencia del padre de Camila. Por otro lado, su madre, incapaz de lidiar con sus propios vacíos depresivos, estableció con Camila una alianza inconsciente: “tú serás mi muñeca perfecta e invulnerable ante el mundo y, a cambio, yo te daré existencia”.

Ante la falla de un sistema social, que pudiese brindar garante para resolver las angustias del linaje de Camila, no se le brindaron de los hábitos, estrategias y habilidades necesarias para tramitar dicho sufrimiento intersubjetivo (el *malêtre*). Desde una mirada acotada, simplemente se responsabilizaría a los padres de Camila, pero entendiendo el interjuego de los espacios psíquicos coordinados, se puede comprender que tanto las personas, como los vínculos e instituciones significativas de la vida de Camila, participan en la consolidación de contrato narcisista de su construcción identitaria.

Al enfrentarse a las exigencias de la vida adulta contemporánea (**O y SC**), Camila no cuenta con un tejido preconsciente capaz de metabolizar las pérdidas afectivas. Los bloques de información no metabolizada irrumpen en su toma impulsiva de decisiones (**S**). Al no poder ser transformados en palabras ni en pensamientos reflexivos, el dolor psíquico ingobernable se traduce instantáneamente en ingesta de pastillas y/o autolesiones. Se podría decir que sus síntomas le ayudan a expresar (mediante el acto) su frustración, rencor y enojo el linaje. No se trata de que sus padres no le amen, sino que el estilo de amor que ejecutan está poco influido por un sistema de reglas que le cuiden.

El Imperativo del cuidarNOS

Frente al panorama del *malêtre* y la fragmentación identitaria de las patologías de la personalidad, las intervenciones terapéuticas contemporáneas corren el riesgo de caer en la misma trampa hipermoderna: ofrecer soluciones individuales, técnicas de “autocontrol” acelerado o la mera adaptación sintomática que promueven el “cuidarSE” de predominio evidentemente narcisista e individualista.

Los autores del ensayo consideramos que el tratamiento de los trastornos severos de la personalidad demanda una transición ética y epistemológica desde el “cuidarSE” hipermoderno hacia la dialéctica del cuidarNOS.

La trampa del “cuidarSE”: Es el imperativo del bienestar individual. Promueve que el individuo se transforme en “su propio gestor de salud”, privatizando

el sufrimiento y desvinculándolo de las fallas del entorno relacional y social. En pacientes límite, esta lógica suele reforzar el Yo-Ideal (la fantasía de auto-suficiencia e invulnerabilidad) y profundiza la vivencia de fracaso cuando el síntoma reaparece.

La necesidad vincular del “cuidarNOS”: Reconoce que la mente humana se construye, se enferma y se sana en el vínculo con otros. Recupera la función de los garantes psíquicos y sostiene que la cura pasa por la restauración del tejido intersubjetivo y la construcción de un Ideal del Yo ético y solidario, fundado en el reconocimiento de la vulnerabilidad compartida.

El giro en el tratamiento de Camila comenzó cuando el encuadre analítico/psicoterapéutico empezó a operar no como un lugar de aplicación de directivas técnicas, sino como un espacio respondiente que brindase certeza:

1. **El encuadre como garante:** Frente al caos relacional (A) y defensivo (S) de Camila, el terapeuta sostuvo un encuadre firme, pero empático, que no se dejó ni seducir por la fachada idealizada de la paciente ni aterrorizar por sus actuaciones impulsivas. El encuadre funcionó como ese “preconsciente auxiliar” (Bleger, 1967) un contenedor seguro donde las emociones desbordantes pudieron ser recibidas sin que el objeto terapéutico se destruyera ni tomara represalias.

2. **Mejorando hábitos vinculares:** Se estimuló progresivamente a Camila a disminuir el uso excesivo de redes sociales para empezar a coconstruir con personas significativas presencialmente (A, SC). Se

promovió que en lugar de publicar sus crisis para obtener likes volátiles, aprendió en su terapia a traducir la “nada helada” en relatos sobre su historia, nombrando por primera vez el dolor no dicho de su familia (F). Simultáneamente se corroboró que mejorase las estrategias de comunicación de sus estados emocionales con otras personas significativas (A).

3. **La resignificación del Ideal:** Al trabajar la transferencia, Camila pudo desmontar paulatinamente la exigencia tiránica de su Yo-Ideal invulnerable. Descubrió que no necesitaba ser “perfecta” ni “estéticamente impecable” para tener derecho a habitar el propio cuerpo y el mundo (S, O, F, SC). El Ideal del Yo comenzó a reconstituirse sobre bases reales: la capacidad de ser una profesional creativa tolerando el error (O), la posibilidad de habitar pacíficamente su hogar en soledad (H), la apertura a vínculos afectivos genuinos (A) y la integración del sí-mismo (S).

4. **El salto al cuidarNOS:** Camila logró encauzar parte de su talento en proyectos comunitarios de diseño gráfico para colectivos sociales. Al desplazar el foco de su propia imagen narcisista hacia la creación de lazos auténticos con otros seres vulnerables, experimentó por primera vez una amortiguación duradera del vacío (A y O). Entendió paulatinamente que la solución del malêtre no es culpar a los padres o a la circunstancia, tampoco que el aislamiento o las defensas narcisistas tenían una utilidad práctica. Finalmente, poco a poco, ha ido mejorando cada una de sus AFV. Sentir pertenencia y garante de su trama vincular ha promovido que constantemente esté coconstruyendo un cuidarNOS.



CONCLUSIÓN

El recorrido trazado a lo largo del presente ensayo establece que los trastornos de la personalidad no constituyen anomalías endógenas autárquicas (Engel, 1977; Kernberg, 2004b). Constituyen la manifestación clínica intrapsíquica, vincular y conductual de una herida estructural en los garantes de la cultura (Malêtre) y en la matriz de las alianzas inconscientes del linaje (Kaës, 1989, 2012).

La indagación metapsicológica desarrollada a lo largo de este trabajo demuestra que el *malêtre* contemporáneo no actúa como un mero decorado sociológico, sino como un agente activo en la co-construcción de los trastornos de la personalidad. Al dismantelar los garantes metasociales y la función de *holding* de las instituciones, la crisis cultural expone al psiquismo singular a un desamparo estructural. El síntoma límite o narcisista no es una anomalía puramente endógena: es la respuesta de una psique forzada a escindirse y actuar en la carne lo que el tejido sociocultural ya no alcanza a contener ni simbolizar.

El análisis de la viñeta de Camila bajo la formulación del modelo SOFA-HESC (7 Áreas de Funcionamiento Vincular) expone de forma sucinta esta arquitectura de la vulnerabilidad. Modificar los rasgos desadaptativos del carácter exige, por tanto,

intervenir sobre la trama misma del sufrimiento, reestructurando la arquitectura vincular que sostiene la identidad de la persona.

Es indispensable precisar la postura ética de este modelo: reivindicar la dimensión vincular no implica, bajo ninguna circunstancia, desestimar la utilidad de la psiquiatría ni de la farmacoterapia. Los psicofármacos constituyen aliados valiosos e indispensables para amortiguar la hiperreactividad neurobiológica, modular las tormentas afectivas agudas y preservar la seguridad del paciente. Sin embargo, los medicamentos no metabolizan traumas transgeneracionales, no otorgan sentido de vida ni enseñan a habitar la alteridad. Para transformar de raíz la patología del carácter, es imperativo descifrar las dinámicas interpersonales profundas, brindando al paciente herramientas de vinculación auténticas que le permitan transitar de la tiranía del Yo-Ideal al compromiso ético del cuidarNOS.

Esta reconceptualización metapsicológica sienta las bases operativas para la praxis clínica. Los invitamos a adentrarse en la siguiente entrega (Ensayo 2), donde desplegaremos la evaluación práctica de las siete áreas de funcionamiento vincular (SOFA-HESC) y la metodología clínica para reparar la trama relacional en la era del *malêtre*. 

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Alianzas inconscientes: Construcciones psíquicas intersubjetivas (contratos narcisistas, pactos denegativos) requeridas y mantenidas por los sujetos de un vínculo para asegurar la continuidad de su ligadura (Kaës, 1989, 2012).

Apuntalamiento: Principio metapsicológico freudiano (Freud, 1905, 1914) expandido por René Kaës (1976, 2012), según el cual los procesos psíquicos singulares se erigen apoyándose sobre las funciones biológicas, la matriz vincular y los garantes de la cultura.

Áreas de funcionamiento vincular (AFV): Dominios específicos de la vida cotidiana (pareja, familia, trabajo, red social) en los que se despliega el desempeño relacional de la persona. Los autores hemos acuñado el acrónimo SOFA-HESC (Sí mismo, ocupación, familia, amistades, hogar, espiritualidad y sociocultural) que se profundizará en el Ensayo 2.

Bloques de información transpsíquica: Colecciones de datos afectivos e identitarios que se heredan del linaje, cargados de adjetivos calificativos y vectores de acción. (Propuesta de los autores).

CuidarNOS: Principio ético e intersubjetivo que establece que la preservación del Self requiere imperativamente del cuidado del otro y de la matriz del vínculo en sí misma (Kaës, 2012b, 2015).

Desamparo originario: Estado de inermidad psíquica arcaica en el que cae el sujeto cuando

colapsan los garantes que deben alojar y simbolizar el dolor (Freud, 1926; Kaës, 2012b).

Devenir Yo : Proceso metapsicológico mediante el cual el sujeto se adueña de su propia historia y posición de rol intersubjetivo a través de la mediación vincular y transubjetiva (Kaës, 2012b).

Diagnóstico estructural: Metodología cualitativa (Kernberg, 1984) que clasifica la organización de la personalidad según la prueba de realidad, las defensas y la integración de la identidad.

Difusión de identidad: Falla estructural caracterizada por un sentido inconsistente y discontinuo de Sí-mismo y de los otros, acompañado de vacío existencial, se caracteriza clínicamente como una alta influenciabilidad y falta de un criterio propio (Kernberg, 2006).

Encuadre (José Bleger): Sistema de reglas propuesto por el terapeuta y pactado con el paciente que actúa como depósito y contención de la parte psicótica de la personalidad, delimitando lo que SE VALE y NO SE VALE (Bleger, 1967).

Enfermedad de la idealidad (La maladie de l'idéal): Propuesta metapsicológica (Chasseguet-Smirgel, 1975) donde el sujeto queda fijado al Yo-Ideal onnipotente, rechazando la castración y el trabajo del Ideal del Yo.

Garantes metasociales y metapsíquicos: Los garantes metasociales son las formaciones sociales que otorgan certeza y legitimidad a sus sujetos pertenecientes. Los principales son la ley, la ciencia, la religión y la cultura. Los garantes metapsíquicos son las funciones internas del Yo que brindan dicha certeza, pero en este caso a nivel intersíquico e intrapsíquico (Kaës, 2012b).

Individuo: Unidad biológico-orgánica singular; su uso contemporáneo acentúa el aislamiento, la autarquía y la búsqueda de lo único y diferente (López Mondéjar, 2022).

Malêtre: Sufrimiento metabólico de la cultura contemporánea (Kaës, 2012b, 2012c) producido por la fisura de los garantes y el dismantelamiento de los metaencuadres.

Metapsicología de los espacios psíquicos coordinados (MEPC): Modelo de René Kaës (1976, 2012) que postula la coexistencia dinámica del espacio intrapsíquico, intersubjetivo y transubjetivo.

Mnemotecnia RADIOS: Sintetizador didáctico del diagnóstico estructural de Kernberg (Labbé-Arocca et al., 2020) (Realidad, Agresión, Defensas, Identidad, Objetos, Sistema de valores).

Modelo Dimensional (Peter Tyrer / CIE-11): Sistema diagnóstico para atención primaria que clasifica la personalidad según la gravedad de la disfunción interpersonal (Difficulty, Mild, Moderate, Severe) (Tyrer et al., 2015; OMS, 2018).

Persona: Agente social, jurídico e interpersonal que encarna roles y ejerce competencias relacionales en la vida cotidiana (Kernberg & Caligor, 2005).

Preconsciente intersubjetivo: Proceso intersubjetivo de traducción y tejido metabólico constituida en el vínculo; sede de la palabra, la metáfora y el pensamiento verbal (Kaës, 2012b).

Respondiente (Función de Aval / Sostén): Trabajo de respuesta atenta y humanizante del entorno primario que valida la vivencia emocional del infante (Kaës, 2015).

Sujeto: Instancia metapsicológica constituida en y por las sujeciones del inconsciente, las alianzas y los linajes transgeneracionales (Kaës, 2012c, 2015).

Bibliografía

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Henry Holt and Company.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Amorrortu Editores.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). *Application of the ICD-11 classification of personality disorders*. BMC Psychiatry, 18(1), Article 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: Estudio psicopatológico*. Editorial Paidós.
- Cavicchioli, M., Scalabrini, A., & Maffei, C. (2024). *Antecedents and risk factors for borderline personality disorder: Etiopathogenic models based on a multi-level meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 350, 112–125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.088>
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *Pour une psychanalyse de l'idéal: La maladie de l'idéal*. Tchou.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2016). *Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Personality Disorders Institute, Weill Cornell Medical College.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- First, M. B., Skodol, A. E., & Clarke, D. E. (2021). *The DSM-5 alternative model for personality disorders: Rationale and structure*. Focus, 19(2), 143–151. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200050>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. En Obras completas (Vol. 7, pp. 109–224). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. En Obras completas (Vol. 14, pp. 65–98). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En Obras completas (Vol. 19, pp. 1–66). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras completas (Vol. 20, pp. 71–164). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En Obras completas (Vol. 21, pp. 57–140). Amorrortu Editores.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Shea, M. T., Crisp, D. A., Sanislow, C. A., Yensid, A. C., Morey, L. C., Grilo, C. M., Skodol, A. E., & Zanarini, M. C. (2011). *Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Hopwood, C. J., Morey, L. C., Donnellan, M. B., Samuel, D. B., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Zanarini, M. C., & Markowitz, J. C. (2013). *Ten-year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample*. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 516–524. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.4.516>

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal: Constructions du groupe*. Dunod.

Kaës, R. (1989). *Le pacte négatif dans les ensembles transsubjectifs*. En A. Missenard, G. Rosolato, R. Kaës, J. Guillaumin, J. Bleger, & R. Dorey (Eds.), *L'institution et les institutions: Études psychanalytiques* (pp. 101–136). Dunod.

Kaës, R. (2012a). *Conteneurs et métaconteneurs*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 58(1), 13–25. <https://doi.org/10.3917/rppg.058.0013>

Kaës, R. (2012b). *Le Malêtre*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/duno.kaes.2012.01>

Kaës, R. (2012c). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Dunod.

Kaës, R. (2014). *¿Qué puede y qué no puede hacer el psicoanálisis frente a la desazón («malêtre») contemporánea? Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 37, 205–224.

Kaës, R. (2015). *L'intersubjectivité: Un concept psychanalytique*. Dunod.

Kaës, R. (2026). *Dispositivos multisubjetivos: Una extensión del psicoanálisis en respuesta a las formas contemporáneas del malêtre* (P. Camacho & J. Lafitte, Trans.). *Revista Psicoanálisis en la Universidad*, (10), 21–32. UNR Editora.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2004a). *Aggressiveness in personality disorders and perversions*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2004b). *Contemporary developments in the psychoanalysis of personality disorders*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(1), 179–201. <https://doi.org/10.1177/00030651040520011301>

Kernberg, O. F. (2006). *Identity: Recent findings and clinical implications*. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969–1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>

Kernberg, O. F. (2007). *The almost untreatable narcissistic patient*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 503–539. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020701>

Kernberg, O. F. (2014). *An overview of the treatment of severe personality disorders*. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(1), 7–57. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.1.7>

Kernberg, O. F. (2016). *What is personality?* *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145–156. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_209

Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*. En M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). Guilford Press.

- Labbé-Arocca, A., Castillo-Tamayo, R., Steiner-Segal, R., & Careaga-Díaz, C. (2020). *RADIOS: Mnemotecnia para la evaluación de la Entrevista Estructural de Kernberg*. Documento de Trabajo Docente / Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., & Neff, C. (2001). *Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a two-stage procedure for case identification*. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 345–351.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- López Mondéjar, L. (2022). *Invulnerables e invertebrados: Mutaciones antropológicas del sujeto contemporáneo*. Editorial Anagrama.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11.ª ed., CIE-11). Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/>
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Paris, J. (2018). *Stepped care for borderline personality disorder: Making treatment efficient in clinical practice*. Academic Press.
- Paris, J. (2020). *Nature and nurture in personality disorders*. Routledge.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., & Oldham, J. M. (2011). *Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale*. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 4–22. <https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Touraine, A. (1965). *Sociologie de l'action*. Éditions du Seuil.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Saxon, D., & Reed, G. M. (2015). **Reclassifying personality disorders**. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-2)
- Tyrer, P., & Mulder, R. (2019). *Personality disorder in ICD-11: A primary care perspective*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(5), 388–389. <https://doi.org/10.1177/0048674119835928>
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). *Toward DSM-V: Development of a dimensional model of personality disorder*. *Development and Psychopathology*, 12(4), 837–858. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004115>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). *The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). *Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study*. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11060905>