

# REVISTA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

**Psicoterapia psicodinámica de corta duración en la pandemia por COVID-19. Una revisión rápida**

Dr. David López Garza

**Personalidad: modelos y teorías**

Dr. Enrique Chávez- León

**La personalidad narcisista y el personal de salud**

Dr. Mario Souza y Machorro

**Alteraciones tempranas en las subescalas cognitivas debido a la aplicación de terapia electroconvulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos graves**

Dr. Francisco Valdés la Vallina Alvarado  
Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado

***Estigma y Arte***

***«Pero si lo tenía todo»:  
reflexión sobre el lamentable  
suicidio de Cheslie Kryst***

Dr. Alejandro Molina López

Porque **Seguridad**  
se escribe con



**Segmir**<sup>®</sup> **DISPERSABLE**

Mirtazapina (15 mg, 30 mg)

Con **toda Seguridad**

- Se disgrega en menos de **3 minutos** (1)
- **Rápido** inicio de acción (2)
- **Facilita** la administración
- **Mejora** la aceptación y adhesión (1)

No se  
desmorona  
al fraccionarse

No. Entrada: 193300202C8224

**42%** de los pacientes muestran  
**remisión estable** por al menos **4**  
**semanas**, mientras que con otros tratamientos  
solo se observa respuesta y **no remisión** (3)



Reg. 127M2014 SSA IV

REFERENCIAS:

- 1.- Fernandes Tavares DF et al. (2009). Comprimidos bucodispersables: ventajas terapéuticas y tecnológicas de elaboración. *ARS Pharmaceutica*, 50 (3): 153-167
- 2.- Abay FB et al. (2015). Orally Disintegration Tablets: A short review. *Journal of Pharmaceutics & Drug Development*, 3 (3): 303
- 3.- Danileviciute V et al. (2009). Efficacy, tolerability, and preference of mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed patients: a 17 week naturalistic study in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 45 (10): 778-784

Publicidad dirigida a  
profesionales de la salud  
[www.zydusmexico.com](http://www.zydusmexico.com)



Si piensa en Zydus,  
piense en **calidad**

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Enero - Marzo, 2022 | Vol. 2 No. 1

**Editor**

Dr. Enrique Chávez-León

**Coeditor**

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano

**Vicepresidencias**

Vicepresidente Región Occidente

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Vicepresidente Región Noroeste

Dra. Melissa Flores Franco

Vicepresidente Región Noreste

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

Vicepresidente Región Centro

Dr. Alexiz Bojorge Estrada

Vicepresidente Región Sur

Dr. Rafael González Jorge

**Comité de Finanzas**

Coordinadora

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Miembros

Dr. Raymundo Macías Avilés

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Armando Vázquez López Guerra

**Comité Científico**

Coordinador

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Miembros

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Dra. Mónica Flores Ramos

Dr. Bernardo Ng

**Comité de Ética**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

**Comité de Elecciones**

Coordinador

Dr. Lauro Castanedo de Alba

Miembros

Dr. Marco Antonio López Butrón

Dr. Enrique González Ruelas

**Comité de Admisión y Membresías**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor

Dr. Rafael González Jorge

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Dra. Marisa Morales Cárdenas

**Comité de Estatutos**

Coordinador

Dr. Alejandro Molina

Miembros

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

Dr. Enrique Chávez-León

Dr. Enrique Camarena Robles

Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

**Coordinadores**

Coordinadora Secciones Académicas

Dra. Sherezada Pool García

Coordinador Académico

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Coordinador Editorial

Dr. Rafael Medina Dávalos

Coordinador de contenidos digitales

Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado

**| EXPRESIDENTES APM**

Bienio Gestión	Nombre	Bienio Gestión	Nombre
1968-1969	Dr. Ramón de la Fuente Muñiz	1996-1997	Dr. Enrique González Ruelas
1970-1971	Dr. Guillermo Calderón Narváez	1998-1999	Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores
1972-1973	Dr. Darío Urdapilleta Bueno	2000 - 2001	Dr. Enrique Camarena Robles
1974-1975	Dr. Rafael Velasco Fernández	2002 - 2003	Dr. Marco Antonio López Butrón
1976-1977	Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta	2004 - 2005	Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
1978-1979	Dr. Carlos Puche Regis	2006 - 2007	Dr. Jesús Del Bosque Garza
1980-1981	Dr. Raymundo Macías Avilés	2008 - 2009	Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
1982-1983	Dr. Carlos Campillo Serrano † (QEPD)	2010 - 2011	Dr. Fernando López Munguía
1984-1985	Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade	2012 - 2013	Dr. Eduardo Madrigal de León
1986-1987	Dr. Alejandro Díaz Martínez	2014 - 2015	Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
1988-1989	Dr. Salvador González Gutiérrez	2016 - 2017	Dr. Enrique Chávez-León
1990-1991	Dr. Lauro Augusto Castanedo de Alba	2018- 2019	Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza
1992-1993	Dr. Armando Vázquez López-Guerra	2020-2021	Dr. Bernardo Ng
1994-1995	Dr. Gilberto Salgado Arteaga		

Certificación de Licitud de Título y de Contenido en trámite.

Dir. Gal. de Derechos del Autor: Depto. de Reservas. Reserva en trámite.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC: REVISTA APM es el órgano de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total para uso personal podrá hacerse siempre que se cite a la revista y su autor como fuente; para uso publicitario o promocional requiere la autorización del editor. Toda correspondencia debe ser dirigida a: Dr. Chávez-León, Periférico Sur 4194 1er. piso, Jardines del Pedregal, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México D.F. Tels.: 5652 5576 y 5652 5586. La revista Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría es realizada por Josué García De la Fuente, coordinación editorial y diseño de portada; Janín Muñoz Mercado, diseño y formación editorial; Valentina Gatti, cuidado de la edición; Valle San Juan del Río 10, Vista del Valle Secc. Elec., Estado de México C.P. 53290, Naucalpan, Estado de México, e-mail: contacto@dtres-agencia.com, sitio web: [www.dtres-agencia.com](http://www.dtres-agencia.com)

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Enero - Marzo, 2022 | Vol. 2 No. 1

## Contenido

---

7 Carta de la presidente de la APM

---

8 Mensaje del editor

---

10 Mensaje del coeditor

---

13 Psicoterapia psicodinámica de corta duración en la pandemia por COVID-19.  
Una revisión rápida

---

20 Personalidad: modelos y teorías

---

33 La personalidad narcisista y el personal de salud (1ª parte)

---

51 La personalidad narcisista y el personal de salud (2ª parte)

---

70 Alteraciones tempranas en las subescalas cognitivas debido a la aplicación de terapia  
electroconvulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos graves

---

86 *Estigma y Arte: «Pero si lo tenía todo»*: reflexión sobre el lamentable suicidio  
de Cheslie Kryst

---



Ciudad de México a 08 de marzo del 2022

Estimados(as) socios(as) de la APM:

Con el gusto de saludarles, les comparto la edición de la revista APM Asociación Psiquiátrica Mexicana correspondiente al mes de marzo. Hay un aforismo común transmitido entre nuestros colegas que dice: «El conocimiento es para compartirse», de tal forma que es un honor proporcionarles este espacio para difundir los resultados de investigaciones, revisiones, artículos de Estigma y Arte, así como presentaciones de casos. Asimismo, existe la propuesta que para los(as) interesados(as) puedan publicar su tesis. Estoy segura de que sus aportaciones enriquecerán a nuestra comunidad.

Aprovecho la oportunidad para agradecer el apoyo y colaboración de los distinguidos socios de la APM, Dr. Enrique Chávez-León (expresidente APM) y Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano (investigador y socio activo APM), quienes se desempeñarán como editor y coeditor respectivamente. Confío que realizarán un trabajo de excelencia, con base en la experiencia y trayectoria que les respaldan.

Uno de los principales objetivos de este proyecto es mejorar su calidad de manera continua, por lo que su participación es indispensable para lograrlo. Cada propuesta será bien recibida y sometida a revisión por parte del Comité Editorial, para que la publicación logre su máxima calidad y la revista destaque por su impecable elaboración.

Agradezco a todos(as) los(las) participantes que mandaron los artículos y contenido de este número. Cabe mencionar que son de una calidad sobresaliente, y que serán de utilidad para el aprendizaje continuo de nuestro gremio. Me despido enviándoles un cordial saludo y recuerden que #TodosSomosAPM

Sinceramente,

Dra. Jacqueline Cortés Morelos  
PRESIDENTE APM  
BIENIO 2022-2023



## Mensaje del editor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Encontré en mis archivos la carta editorial del Dr. Juan Luis Vázquez Hernández, del año 2014, entonces presidente de nuestra Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., en la que escribía sobre la reapertura de la *Revista Psiquiatría*, órgano oficial de difusión de la APM, en donde tuve por primera vez el cargo de editor.

No estoy seguro de cuándo apareció el primer número de la *Revista Psiquiatría*, posiblemente en 1968 o antes. Lo que sé a ciencia cierta, es que su primer editor fue el distinguido Dr. Raymundo Macías Avilés, presidente APM en el bienio 1980-1981, pues tengo en mis manos el número dos del segundo volumen del año 1969, donde él aparece con ese cargo: editor de la *Revista Psiquiatría*.

Tengo un hueco de conocimientos y de recuerdos hasta el volumen 5 del año 1975, en donde el editor fue el Mtro. Ramón de la Fuente Muñoz, fundador de la APM, A.C. Posteriormente, en 1998 hay una época 2 de la *Revista Psiquiatría* correspondiente al volumen 14. De nuevo un salto en el tiempo donde dos psiquiatras distinguidos fueron los editores durante varios años: el Dr. Héctor Ortega Soto (QEPD) y la Dra. María del Carmen Lara Muñoz. Nuevamente se publica la revista *Psiquiatría*, órgano oficial de difusión de nuestra APM en su «Época 1, volumen 1, número 1», en la que es presidente el Dr. Juan Luis Vázquez y un servidor, Dr. Enrique Chávez-León, el editor.



En el año 2017 se publicaron dos números de la *Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.*, cuya edición tuve a mi cargo y donde los coeditores fueron las doctoras Martha Patricia Ontiveros Uribe (presidente APM 2008-2009) y Jacqueline Cortés Morelos, actual presidente, y los doctores Rodolfo Caballero Domínguez y Mario Souza y Machorro. Esa revista tuvo una vida efímera pues en el bienio 2018-2019 no hubo publicación del órgano oficial de difusión de la APM, A.C.

Para el año 2020 nuestra asociación tuvo un nuevo órgano oficial de difusión: la *Revista APM Asociación Psiquiátrica Mexicana*. En esta nueva oportunidad de colaborar como editor, ahora de la *Revista APM Psiquiatría*, que me brinda la Dra. Jacqueline Cortés Morelos, primera coordinadora del Capítulo Distrito Federal, vicepresidente de la Región Centro y ahora presidente de nuestra asociación del bienio 2022-2023, espero cumplir con dos compromisos: que nuestra *Revista APM Psiquiatría* sea el órgano oficial de difusión de todos nuestros socios y a la vez sea el vehículo de comunicación y actualización en el campo de nuestra especialidad.

Dr. Enrique Chávez-León, editor  
CIUDAD DE MÉXICO, 1 DE MARZO DE 2022

# Mensaje del coeditor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Estimadas socias y socios de la Asociación Psiquiátrica Mexicana:

**E**n este año 2022, nos encontramos con un panorama complejo; por un lado, existen múltiples desafíos ante la «nueva normalidad» y diversas crisis que están ocurriendo en el mundo; por el otro, es esperanzador que se comienzan a retomar las actividades cotidianas, lo cual es una muestra de la capacidad de adaptación y resiliencia de los seres humanos, así como de las oportunidades que pueden generarse en estos contextos emergentes.

Ante estas oportunidades y desafíos, la APM ha realizado múltiples esfuerzos como foros, talleres y congresos, con un espíritu colaborativo e interdisciplinario, para impulsar y consolidar el conocimiento y las intervenciones relacionadas con la salud mental. Entre estos proyectos se encuentra nuestra revista, el principal órgano de difusión entre los miembros, que ofrece un espacio para la publicación de artículos, ensayos y reflexiones, con un enfoque científico orientado hacia la medicina basada en la evidencia.

La investigación científica nos ha llevado a tener hallazgos tan relevantes como las terapias génicas para las enfermedades raras, la medicina personalizada en oncología y las vacunas para la COVID-19, en tanto que, en el caso particular de la Psiquiatría, se aprecia también un panorama de innovación con el desarrollo de nuevos fármacos, terapias inmunomoduladoras, pruebas farmacogenéticas, avances en la neuromodulación, entre otros adelantos, muchos de ellos con resultados prometedores, lo cual nos ofrece nuevos recursos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos aplicables a la salud mental. Lo anterior continuará expandiendo nuestro conocimiento en la materia, por lo que requeriremos una constante actualización, así como la difusión y divulgación de estos conocimientos entre colegas, otros científicos y la población general, como parte de nuestra práctica y, a la vez, dentro de nuestra responsabilidad social como profesionales de la salud.

Por ello, deseo invitarlos a ser partícipes de este esfuerzo, de todos y para todos, ya que la revista es y continuará siendo una parte fundamental de las actividades de nuestra asociación; nuestro deseo es que llegue tanto a los miembros de la APM como a aquellas personas interesadas en los temas de salud mental que se publiquen en ella, lo que contribuirá a lograr su indexación y nos permitirá ampliar su visibilidad para alcanzar a una audiencia más amplia.

Por último, quiero recordarles que los esperamos en el VI Congreso Mundial de Patología Dual «Adicciones y otros trastornos mentales, un mundo de conocimiento y experiencia» coordinado por la APM en conjunto con la World Association of Dual Disorders, a realizarse del 21 al 24 de junio del presente año en la Ciudad de México, donde contaremos con ponentes nacionales e internacionales que nos compartirán su conocimiento y experiencia acerca de los trastornos mentales y su co-ocurrencia con los trastornos adictivos. ¡Será un placer contar con su presencia!

Deseando que los tiempos venideros sean cada vez mejores, les envío un afectuoso abrazo.

Atentamente,

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano





# Psicoterapia psicodinámica de corta duración en la pandemia por COVID-19. Una revisión rápida

David López Garza\*

.....  
\*Psiquiatra Emérito Hospital ABC. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.  
.....

## RESUMEN

En este artículo se propone el uso de la psicoterapia dinámica breve como tratamiento de los trastornos mentales producto de la pandemia por COVID-19 y las medidas de mitigación, incluyendo el aislamiento voluntario y la cuarentena.

## OBJETIVO

Revisar los síntomas y trastornos mentales asociados a la pandemia por COVID-19 y la evidencia de la efectividad de la psicoterapia psicodinámica de corta duración para aplicarse a la población afectada.

## METODOLOGÍA

Se seleccionaron investigaciones sobre salud mental en la pandemia por COVID-19 de México y otros países, y de psicoterapia psicodinámica de corta duración para depresión y ansiedad recuperados de la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional del gobierno de Estados Unidos.

## RESULTADOS

En México, durante la pandemia por COVID-19, la población general manifestó síntomas de ansiedad en un 20.8% y de depresión en el 27.5%; 30% de los niños y adolescentes presentaron cambios del estado de ánimo. Los trabajadores de la salud en la primera línea de atención para pacientes con COVID-19 tuvieron frecuencias más altas de insomnio, síntomas de depresión, ansiedad y de estrés postraumático, así como somatización, que los profesionales que atendían pacientes sin COVID-19. En otros países se observaron cifras semejantes. A partir de los resultados de la utilidad de la psicoterapia psicodinámica de corta duración, en cuatro metaanálisis, como tratamiento de pacientes con depresión, ansiedad, estrés postraumático y somatizaciones, se propone el uso de la psicoterapia dinámica interpersonal breve como intervención terapéutica. Esta forma de psicoterapia de corta duración está basada en la teoría del apego y la mentalización.

## CONCLUSIONES

Los trastornos mentales más frecuentes asociados a la pandemia por COVID-19 son depresión, ansiedad, estrés postraumático y somatizaciones. La psicoterapia psicodinámica de corta duración es efectiva en el tratamiento de estos trastornos.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha impactado negativamente la salud mental en todos los países del mundo debido a que es fuente de estrés, síntomas y trastornos mentales en diferentes ámbitos y situaciones. La población general y los afectados por el confinamiento, el cierre de centros laborales, educativos, deportivos, centros sociales, religiosos y de salud mental han perdido el acceso a la terapia farmacológica y psicoterapéutica. Esto ha propiciado un incremento de los conflictos y la violencia doméstica, pérdida de la calidad de vida, sentimientos de pérdida de control, de desamparo y desesperanza, ante noticias catastróficas de afectación de la economía y la actividad comercial en el mundo y en nuestro país. Una mención especial que requiere de atención urgente es el impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores de la salud, en particular, los que atienden pacientes con COVID-19 (Wirkner *et al.*, 2021).

México ha sufrido esta pandemia con un aumento en la frecuencia de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos, a 20.8% y 27.5% respectivamente, en la población general (Galindo-Vázquez *et al.*, 2020).

El personal de salud y los trabajadores de primer contacto presentaron insomnio (45.7%), depresión (37.4%), síntomas de estrés postraumático (33.9%), síntomas de somatización (21.3%) y ansiedad por temor a enfermarse (26.1%) (Robles *et al.*, 2021).

Los niños, de acuerdo con una encuesta realizada en padres de familia, han sufrido problemas en las clases en línea (30.4%), problemas para dormir (20.3%), berrinches (34%) y cambios de estado de ánimo (30%) (Reséndiz-Aparicio, 2021).

En otros países, como China, la frecuencia en la población general de depresión es de 26% y de ansiedad 22%. Y en los trabajadores de la salud, de 31% y 40% respectivamente (Deng *et al.*, 2021).

La India ha tenido en 22,996 niños y adolescentes, 34.5% de frecuencia para ansiedad, 41.7% para depresión, irritabilidad 42.3% e inatención 30.8%. Los padres tuvieron ansiedad en un 52.3% y depresión en un 27.4% (Panda *et al.* 2021).

El estudio de 4,828 pacientes con síndrome post-COVID dio resultados de pobre calidad de vida en un 59%, problemas de movilidad en 36%, cuidado personal en 8%, dolor/distrés en 42%, y ansiedad/depresión en 38%. Los síntomas persistentes (COVID prolongado) fueron: fatiga (64%), disnea (39.5%), anosmia (20%), artralgias (24.3%), cefalea (21%), insomnio (47%) y problemas de salud mental (14.5%) (Malik *et al.*, 2022).

El tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión, estrés agudo y postraumático y síntomas somáticos consiste en psicofármacos, terapia cognitivo-conductual, humanista, psicodinámica, *mindfulness*, meditación, biblioterapia, ejercicio físico y medicina alternativa, como acupuntura, aromaterapia y otras.

Un estudio bibliométrico de 28,594 artículos de los últimos 50 años describió la frecuencia con que se publicaron estudios de diez tipos distintos de psicoterapias. El resultado fue: terapia cognitivo-conductual 24.4%, psicoanálisis 20.8%, terapia familiar sistémica 15.9%, terapia conductual 10.1%, terapia cognitiva 6.4%, meditación y *mindfulness* 4.4%,

psicoterapia psicodinámica 2.9%, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares 1.9%, psicoterapia existencial humanista 1.9% y psicoterapia interpersonal 1.8% (Soares *et al.*, 2020). Para efectos de nuestra revisión, las publicaciones de psicoanálisis, psicoterapia psicodinámica, humanista e interpersonal pueden agruparse como psicoterapia psicodinámica, lo que da un total de 27.4% de publicaciones.

Este artículo se enfocará al uso de la psicoterapia psicodinámica de corta duración como tratamiento de los trastornos emocionales comunes (ansiedad, depresión, somatizaciones). Para esto, se realizó una búsqueda sobre psicoterapia psicodinámica de corta duración (menos de 40 sesiones) y se encontraron 116 artículos, 33 estudios controlados aleatorizados y 14 metaanálisis. Se revisaron sólo los meta análisis y los estudios controlados aleatorizados de psicoterapia psicodinámica comparativos con condiciones de control o los otros tipos de psicoterapia mencionados en el estudio bibliométrico.

Abbass y cols. realizaron una revisión sistemática Cochrane que incluía 33 estudios con 2,173 participantes asignados al azar con trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, síntomas somáticos), describiendo los resultados primarios (síntomas somáticos generales, de ansiedad y depresión), problemas interpersonales y ajuste social. Excepto las mediciones de síntomas somáticos, todas las demás mejoraron en forma significativa al final del tratamiento con psicoterapia psicodinámica de corta duración, y se observó un incremento de la mejoría en el seguimiento (Abbass *et al.*, 2014).

Driessen y cols., tras analizar 54 estudios (33 de ellos ensayos clínicos) con 3,946 sujetos, encontraron que la psicoterapia psicodinámica fue significativamente más efectiva al terminar el tratamiento que las condiciones de control en cuanto a depre-

sión, reducción de la psicopatología general y mejoría de la calidad de vida, observándose nuevamente mayor mejoría o mantenimiento de la mejoría en el seguimiento. No hubo diferencia significativa entre la psicoterapia psicodinámica y las condiciones de control en las mediciones de ansiedad (Driessen *et al.*, 2015).

Driessen y cols. analizaron siete estudios (482 pacientes) en los que se compara el tratamiento combinado con antidepresivos y terapia psicodinámica de corta duración, tratamiento sólo con antidepresivos y tratamiento con psicoterapia de apoyo. El tratamiento combinado de antidepresivos y psicoterapia psicodinámica de corta duración fue el más efectivo para reducir la sintomatología depresiva al final del tratamiento y en el seguimiento (Driessen *et al.*, 2020).

Abbass y cols., en 37 estudios (15 aleatorizados controlados y 22 estudios pre-post) que incluían 2,094 pacientes tratados en promedio con 13.34 sesiones, se observó mejoría significativa en los síntomas somáticos, la ansiedad, depresión, discapacidad y problemas interpersonales, el dolor crónico y los síntomas gastrointestinales al final del tratamiento y en el seguimiento (Abbass *et al.*, 2021).

En cuanto a las evidencias de la práctica clínica, sólo encontramos el estudio exploratorio de proceso y resultados de la psicoterapia de Lilliengren y cols. sobre 10 estudios de casos exitosos y 10 no exitosos comparando la terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica de corta duración para los trastornos de la personalidad del grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo), con sesiones videograbadas, medidas con el Q-Set del Proceso de la Psicoterapia (PQS).

Utilizando los reactivos del PQS para diferenciar los casos exitosos y no exitosos y su semejanza con los prototipos de los «tratamientos ideales» y la

conducta de los terapeutas en las sesiones iniciales, se encontró que en los casos exitosos los pacientes eran más activos y comprometidos; en los prototipos del PQS, los procesos interpersonales óptimos y subóptimos no influyen en la adherencia a los tratamientos; el compromiso de los pacientes y los esfuerzos de los terapeutas en las sesiones iniciales mejoran significativamente la relación terapéutica para el éxito de la terapia; y la conducta controladora del terapeuta obstruye el proceso sin distinción del tipo de terapia (Lilliengren *et al.*, 2021).

Al revisar los tipos de psicoterapia psicodinámica manualizada utilizados en los estudios anteriores de Malan de 1979, Davanloo de 1980 y Luborsky de 1987, encontramos que no contienen conceptos contemporáneos sobre psicopatología, psicodinámica y psicoterapia, de ciertos aspectos de la teoría de las relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan (2012), la teoría del apego y la mentalización de Bowlby y Fonagy (Jewell *et al.*, 2021) y la teoría de las relaciones objetales contemporánea de Kernberg (2018). Sullivan enfatizaba la seguridad y capacidad de interactuar entre las personas, que luego fue la base del psicoanálisis relacional, adoptado actualmente por el 50% de psicoanalistas de Estados Unidos.

La mentalización o función reflexiva es la capacidad de entender la conducta de los otros en términos de estados mentales como creencias, deseos, sentimientos y recuerdos; la capacidad de reflexionar sobre nuestros propios estados mentales; y la capacidad para entender que nuestros propios estados mentales pueden influir en la conducta de los otros. Kernberg ya no considera que el conflicto psíquico sea entre impulso y defensa, sino entre representaciones mentales de sí mismo y de los otros con cargas afectivas positivas y negativas. Por lo anterior, escogimos como modelo de la psicoterapia psicodinámica de corta duración la psicoterapia dinámica interpersonal breve de Lemma, Target y

Fonagy (2011), un manual de terapia breve para la depresión y la ansiedad en el sistema de salud del Reino Unido.

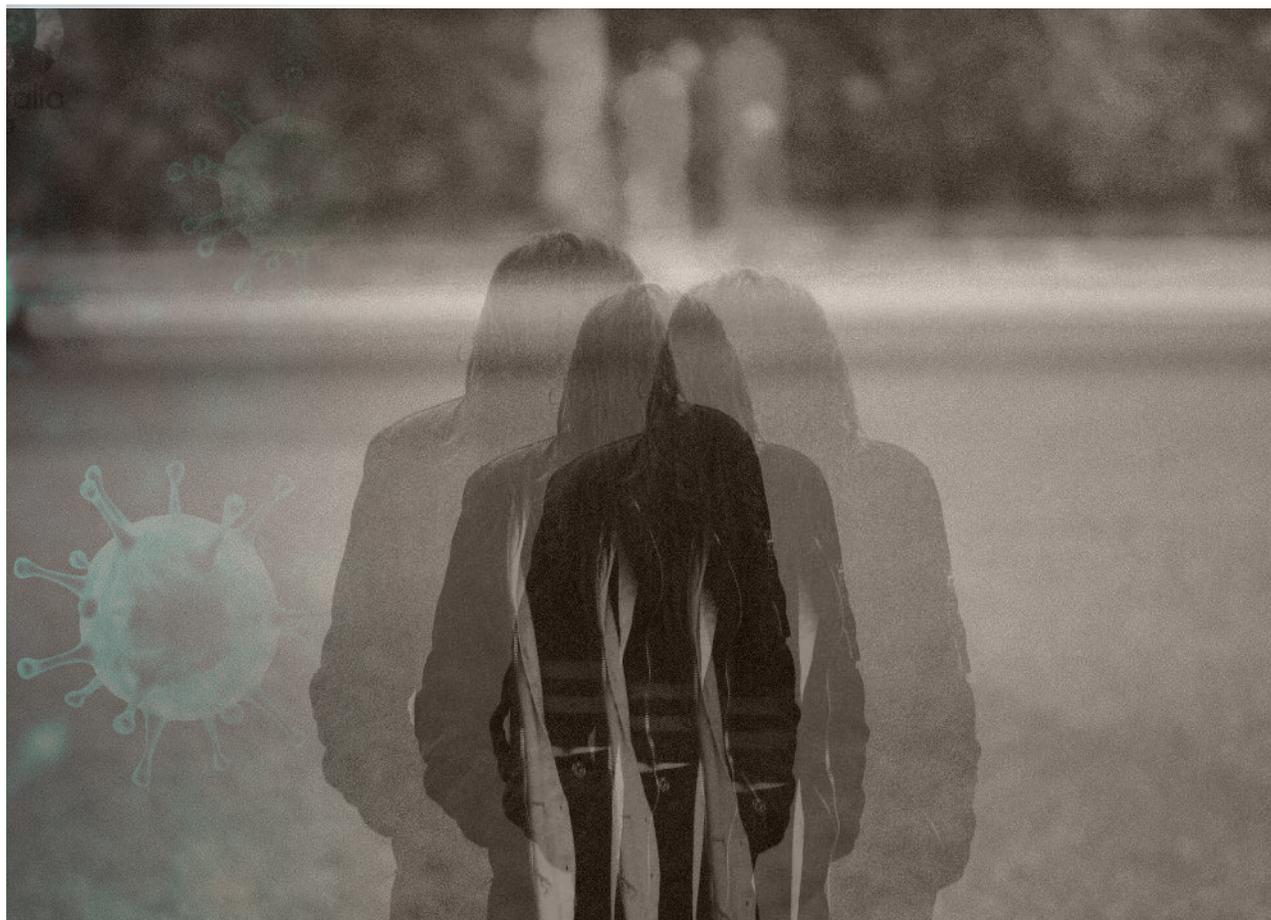
### PSICOTERAPIA DINÁMICA INTERPERSONAL BREVE

La psicoterapia dinámica interpersonal breve (PDIB) es una terapia de 16 sesiones individuales de 45 a 60 minutos de duración, una vez a la semana, cara a cara, diseñada para atender a los pacientes con depresión y ansiedad.

En esta terapia, los síntomas de ansiedad y depresión se reformulan como respuesta a dificultades en las relaciones interpersonales donde el individuo percibe amenazas de pérdida o separación de sus figuras de apego, causadas o resultado de pensamientos confusos y poco realistas de sus vivencias con los otros. Al incrementar a través de la terapia la capacidad del sujeto para reflexionar (mentalizar) sobre esos estados mentales, se reducirán la ansiedad y la depresión.

Tomando en consideración lo anterior, es necesario aplicar el Cuestionario de Estilos de Apego para determinar si el paciente tiene *apego seguro*, *apego temeroso*, *apego preocupado* o *apego rechazante*. Esto sirve como psicoeducación, fomenta la alianza terapéutica y es una guía para que el terapeuta adapte sus intervenciones según el tipo de apego. La tarea primaria de la fase inicial es identificar el foco afectivo interpersonal (FAI) dominante y recurrente de las representaciones mentales de sí mismo y de los otros, que será el foco del tratamiento. Por ejemplo, es común que la persona se sienta un perdedor humillado por figuras parentales y que desarrolle actitudes vengativas hacia ellas sin percatarse por completo.

Estas interacciones interpersonales cotidianas, los procesos mentales que las retroalimentan y su escenificación (transferencia/contratransferencia) en



la relación terapéutica son el foco de todo el tratamiento. El trabajo terapéutico, como toda terapia psicodinámica, incluye la aclaración de la resistencia, de los pensamientos y sentimientos, de los mecanismos defensivos, las fallas de mentalización y la corrección de las alteraciones con apoyo, validación, colaboración terapeuta/paciente y modelar las formas útiles de mentalizar.

Los estudios realizados con esta terapia que analizan los cambios postratamiento han mostrado, en militares veteranos de Estados Unidos, un 46% de reducción de síntomas mentales y 43% de reducción de los síntomas de ansiedad generalizada (Chen *et al.*, 2020). Otro estudio en veteranos mostró un incremento del 360% en las referencias a esta psicoterapia, convirtiéndola en la más solici-

tada (Chen *et al.*, 2019). En el estudio piloto inicial de esta terapia, se presentó una reducción del 70% de los síntomas mentales en 15 de los 16 los pacientes que participaron (Lemma *et al.* 2011).

## DISCUSIÓN

Las alteraciones mentales graves, producto de la pandemia por COVID-19 en este momento y probablemente mayores en el futuro, requieren atención específica. Estas afectaciones en la población general de todas las edades consisten en depresión, ansiedad, estrés por temor a contagiarse, somatizaciones e insomnio. En los trabajadores de la salud que no atienden personas con COVID-19 se incrementan los problemas de salud mental y mucho más en los trabajadores de la salud de primera

línea de pacientes COVID hospitalizados, con más afectaciones si tienen obesidad, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica y otras condiciones. Hasta el momento, parece ser que no se ha encontrado la mejor manera de prevenir y tratar las afecciones de salud mental en estos grupos poblacionales, si bien el apoyo psicológico en videoconferencia en línea y en plataformas digitales han ayudado en la tarea. Esta revisión rápida de la efectividad de las psicoterapias psicodinámicas de corta duración con 13 a 25 sesiones, al terminar el tratamiento y en el seguimiento, parece ser relevante para su aplicación en las personas afectadas en su salud mental.

El escoger el manual de la psicoterapia psicodinámica interpersonal breve basada en evidencias como uno de los prototipos de este tratamiento, se hace no con la intención de seguir el manual estrictamente sino para que los terapeutas en formación y los experimentados puedan escoger de este modelo lo que sea más útil según el tipo de paciente que deban tratar y sus habilidades terapéuticas. El mismo Fonagy (2020) promueve la aplicación de las psicoterapias con flexibilidad y no fidelidad.

## CONCLUSIONES

Las epidemias representan emergencias de salud de alto impacto, en las que la vida de muchas personas está amenazada y pueden causar tasas elevadas de morbilidad y un número significativo de muertes; el miedo al contagio agrava la situación.

Dentro de los trastornos mentales más frecuentemente asociados a la pandemia por COVID-19 se encuentran la depresión y la ansiedad. La psicoterapia psicodinámica de corta duración ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de estos trastornos y seguramente resultará útil en estos tiempos la pandemia.

## FUENTES

- Abbass A, De Meulemeester C, Kisely S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *J Psychosom Res.* 145:110473.
- Abbass AA, Leichsenring F, Crowe E *et al.* (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 7. Art. No. CD004687.
- Chen CK, Kehn MM, Nehrig N, Abraham KS. (2019). Implementing brief Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) in a VA Medical Center. *J Ment Health.* Dec. 28(6):613-620.
- Chen CK, Nehrig N, Wash L, Wang B. (2020). The impact of brief dynamic interpersonal therapy (DIT) on veteran depression and anxiety. *Psychotherapy (Chic).* 57(3):464-468.
- Deng Y, Chen Y, Zhang B. (2021). Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 56:102547.
- Driessen E, Jansma EP, Cuijpers P *et al.* (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev.* 42:1-15.
- Driessen E, Twisk JWR, Cuijpers P *et al.* (2020). The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clin Psychol Rev.* 80:101886.

- Fonagy P, Luyten P. (2019). Fidelity vs flexibility in psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry*. 18(3): 270-271.
- Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Meneses-García A. *et al.* (2020). Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex*. 156(4):298-305.
- Jewell T, Simic M, Fonagy P *et al.* (2021). Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Dec 30.
- Kernberg O. (2018). *Neurobiology correlates of objects relation theory. In: Treatment of Severe Personality Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- Lemma A, Target M, Fonagy P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy. A Clinical Guide*. Oxford University Press. New York. Versión en español (2018). *Terapia Dinámica Interpersonal Breve*. Santiago-Buenos Aires: Editorial Mediterráneo.
- Lemma A, Target M, Fonagy P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: a pilot study. *Psychiatry*. Spring;74(1):41-8.
- Lilliengren P, Ulvenes P, Wampold B. (2019). Comparing the treatment process in successful and unsuccessful cases in two forms of psychotherapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy (Chic)*. Jun;56(2):285-296.
- Malik P, Pillai S, Patel U *et al.* (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)-A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. Jan 94(1):253-262.
- Panda PK, Gupta J, Gulati S. (2021). Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr*. Jan 29;67(1):fmaa122.
- Reséndiz-Aparicio JC. (2021). How the COVID-19 contingency affects children. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 78(3):216-224.
- Robles R, Medina-Mora ME, Madrigal de León E *et al.* (2021). Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 31;19(1):421. doi: 10.3390/ijerph19010421.
- Soares EE, Consoli AJ, Bunge EL. (2020). Publication Trends in Psychotherapy: Bibliometric Analysis of the Past 5 Decades. *Am J Psychother*. Sep 1;73(3):85-94.
- Sullivan HS. (2012). Conceptions of modern psychiatry: the first William Alanson White Memorial Lectures. 1940. *Psychiatry*. 75(1):3-17.
- Wirkner J, Christiansen H, Knaevelsrud D, *et al.* (2021). Mental health in times of the COVID-19 pandemic. *Eur Psychologist*. 26(4): 310-322.

# Personalidad: modelos y teorías

Dr. Enrique Chávez-León\*

.....  
\*Coordinador de Posgrado de la Facultad de Psicología,  
Universidad Anáhuac México. Expresidente de la Asociación  
Psiquiátrica Mexicana A.C.  
.....

## RESUMEN

En este artículo se revisan los modelos psicológicos y neurobiológicos de la personalidad: a) la teoría psicodinámica, el modelo psicoanalítico clásico (psiconeurosis y neurosis del carácter) y la teoría de las relaciones objetales (periodo indiferenciado primario, de representaciones primarias indiferenciadas Sí mismo-objeto, de diferenciación Sí mismo-objeto y de integración de las representaciones objetales); b) la teoría de rasgos de la personalidad y el modelo de los Cinco Factores de la Estructura General de la Personalidad (neuroticismo/ inestabilidad emocional versus estabilidad emocional, extroversión versus introversión, cooperatividad versus antagonismo, responsabilidad versus desinhibición y apertura a la experiencia versus convencionalidad); c) la teoría interpersonal y los modelos del apego, de la mentalización y los cognitivos sociales; y d) el modelo psicobiológico de la personalidad (los temperamentos —evitación del daño, búsqueda de la novedad o intrepidez, depen-

dencia de la recompensa y persistencia—, y las formas de carácter —autodirección, cooperatividad y autotrascendencia).

A diferencia de lo que ocurre en el campo de las ciencias sociales, en donde la personalidad aspira a ser la más amplia e integradora de las ramas de las ciencias psicológicas e inclusive el origen de toda psicopatología, en la Psiquiatría estos modelos no siempre encuentran aplicación al campo de los trastornos de la personalidad.

**Palabras clave:** apego, mentalización, modelo de los cinco factores, modelo psicobiológico, personalidad, psicoanálisis, trastornos de personalidad.

## INTRODUCCIÓN

La persona posee al nacer un caudal de elementos heredados que constituyen su *temperamento*. El temperamento se va templando, modificando y enriqueciendo con la crianza, la educación fami-

liar y escolar, la convivencia y la cultura, transformándose en el *carácter*. Temperamento, carácter y personalidad representan fases continuas sucesivas de la formación y evolución de la persona durante su existencia, de ahí que en la personalidad participan factores biológicos (genéticos) y ambientales (Pittaluga, 1954).

La Asociación Americana de Psicología define la personalidad como aquellos patrones estables individuales y distintivos de pensar, sentir y comportarse, producto de un ensamblaje de las disposiciones e inclinaciones innatas con los factores ambientales y experiencias, que tienden a permanecer a lo largo de la vida (<https://www.apa.org/topics/personality/#>).

El estudio de la personalidad comenzó en Viena a finales del siglo XIX. Los pioneros de la psicología de la personalidad fueron Pierre Janet, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Otto Rank y Erik Erikson, entre otros. Hay tres teorías principales en la psicología de la personalidad (Hogan y Sherman, 2020). La primera fue la psicodinámica —el psicoanálisis—, asociada a la psicología clínica. Le siguió la teoría de los rasgos de la personalidad, enfocada a catalogar las dimensiones de las diferencias individuales. La tercera, la teoría interpersonal, basada en la interacción social y su influencia en la vida cotidiana.

La neurobiología de la personalidad, más del campo de la psiquiatría, se describe en un apartado final.

## LA TEORÍA PSICODINÁMICA

La teoría psicodinámica, predominante en el campo de la psicología de la personalidad durante más de 70 años, hizo aportaciones importantes: el papel determinante de las experiencias de la infancia y la niñez en la personalidad en la edad adulta; las

motivaciones inconscientes como origen del comportamiento; el tratamiento psicoanalítico como herramienta útil en el mejoramiento de la persona.

El psicoanálisis clásico abordó inicialmente a la personalidad utilizando el concepto de fijación. Con el desarrollo de la psicología del ego, el carácter fue concebido como la expresión de la operación de los mecanismos de defensa. Este segundo enfoque aportó nuevas ideas acerca de cómo se desarrollan las características adaptativas y patrones defensivos de la personalidad.

**Trastornos o neurosis del carácter.** La principal aportación de la teoría psicodinámica al campo de los trastornos de la personalidad fue la propuesta de las neurosis del carácter, en contraposición a las neurosis o psiconeurosis; las neurosis de carácter corresponden a los trastornos de la personalidad.

La diferencia de las neurosis del carácter con las neurosis reside en el momento en que empiezan a operar los mecanismos de defensa. En las neurosis de carácter, la falta de satisfacción o la sobregratificación de las necesidades libidinales en etapas específicas del desarrollo del Yo (oral, anal y fálica), da lugar a las personalidades oral, anancástica (obsesivo-compulsiva) e histérica, respectivamente; sus manifestaciones se deben a la operación de los mecanismos de defensa que actúan desde ese momento de la vida.

Las neurosis depresiva, obsesivo-compulsiva, fóbica e histérica conversiva y disociativa, aunque también tienen su origen en los conflictos generados por la frustración o la sobregratificación de las necesidades libidinales, difieren de las neurosis del carácter en que la represión hace que los conflictos intrapsíquicos permanezcan inconscientes. Es en etapas posteriores de la vida que la actividad de los mecanismos de defensa dará lugar a la aparición de los síntomas neuróticos.



En la psiconeurosis o neurosis depresiva, los conflictos con la agresión en la etapa oral dieron lugar a fijaciones que ocasionarán que, cuando el sujeto viva experiencias estresantes simbólicamente relacionadas con sus conflictos, tendrá una regresión a la etapa oral, en donde el mecanismo de defensa denominado «volverse contra sí mismo» dirigirá las pulsiones agresivas hacia el propio yo, dando lugar a los síntomas depresivos.

El origen de la neurosis obsesivo-compulsiva tiene una explicación similar: la situación estresante, simbólicamente relacionada con el conflicto intrapsíquico en la etapa anal, ocasionará la regresión a esa etapa del desarrollo del Yo, en donde la operación de mecanismos de defensa —aislamiento, simbolización y desplazamiento— dará origen a las obsesiones, y la anulación, a los rituales o compulsiones.

Las neurosis fóbica e histérica, ambas producto de conflictos intrapsíquicos e inconscientes con las pulsiones agresivas y sexuales, se explican de manera similar de acuerdo con la teoría del desarrollo psicosexual del Yo.

Como se mencionó, las neurosis del carácter se deben a la operación de los mecanismos de defensas desde el momento en que se generan los conflictos intrapsíquicos inconscientes. En cambio, en las neurosis o psiconeurosis, los estresores de la vida ocasionan la regresión del Yo a las etapas en que existen fijaciones debidas a conflictos intrapsíquicos inconscientes reprimidos, y los mecanismos de defensa correspondientes a la etapa del desarrollo psicosexual producirán los síntomas de las neurosis.

**Teoría de relaciones objetales.** Dentro de la teoría psicodinámica, la teoría de relaciones objetales es

la que ha hecho las aportaciones más importantes en la conceptualización del funcionamiento de la personalidad y sus trastornos.

El niño, cuando nace, tiene predeterminado el desarrollo de su sí-mismo (Self). El término Self —sí mismo— hace referencia a la unidad del ego y el cuerpo. Durante su desarrollo, el Self atravesará por distintas etapas hasta alcanzar su identidad plena denominada constancia objetal.

La teoría de relaciones objetales propone que el Self se desarrolla a lo largo de las siguientes cuatro etapas:

- Periodo indiferenciado primario.
- Periodo de representaciones primarias indiferenciadas Self-objeto.
- Periodo de diferenciación Self-objeto.
- Etapa de integración de las representaciones objetales.

El periodo indiferenciado primario es la primera etapa de desarrollo y corresponde al periodo de autismo normal.

La segunda etapa se denomina periodo de representaciones primarias indiferenciadas Self-objeto, en donde el Self se encuentra tan íntimamente ligado a la madre (objeto) que la diada que conforman carece de fronteras, de ahí que esta etapa corresponda a la simbiosis normal de Margaret Mahler.

La tercera etapa se denomina periodo de diferenciación Self-objeto. El Self sigue unido a la madre en la diada, sin embargo, como su nombre lo indica, el Self está diferenciado del objeto, pues ha estructurado las fronteras del Yo.

En estas dos etapas el niño conserva (internaliza) en su mente representaciones múltiples de las interacciones con la madre (diadas Self-objeto), algunas positivas (libidinales) y otras negativas (agresivas).

Las diadas se denominan relaciones objetales internalizadas y están compuestas por la representación del Self y la representación de los otros, ligadas a un afecto o a una pulsión. Estas unidades del Self, los objetos (la madre, el padre y otras figuras) y el afecto/pulsión (valencia) son las diadas de las relaciones objetales. En ese momento, ni el Self ni el objeto son representaciones internas precisas ni totales, sino meras representaciones de ambos en momentos afectivamente cargados durante el desarrollo temprano en que se experimentaron, internalizaron y fueron procesadas por afectos primarios y fantasías.

La etapa final se denomina de integración de las representaciones objetales. En ella, todas las representaciones Self-objeto agresivas o negativas se neutralizan por las representaciones Self-objeto libidinales o positivas. En este momento, el Self sintetiza en una sola representación tanto las imágenes del sí mismo como las de los objetos.

Cuando el desarrollo del Self ha transcurrido sin vicisitudes mayores gracias al cuidado materno (maternaje) apropiado y consistente, en el que la madre no ha descuidado al niño y éste no ha sufrido maltrato físico ni abuso sexual, el niño adquiere la constancia objetal. La constancia objetal, hace referencia a que se ha logrado una imagen integrada y constante tanto de sí mismo (Self) como del mundo.

La organización normal de la personalidad se caracteriza por la identidad, un espectro amplio de experiencias afectivas y un sistema integrado de valores internalizados (Yeomans *et al.*, 2015).

La característica primordial de la organización normal de la personalidad es el concepto integrado y coherente del sí mismo (Self) y de los demás. La coherencia del Self es el elemento básico de la autoestima, de la capacidad de disfrutar y de la de

experimentar placer a partir de las relaciones que se establecen con los otros y por los compromisos y logros en el trabajo, así como de la sensación de continuidad a lo largo del tiempo.

La identidad coherente e integrada del Self contribuye a la realización de las propias capacidades, deseos y metas a largo plazo.

La concepción coherente e integrada de los otros (objetos) contribuye a la evaluación realista de los demás, a la empatía y trato social y a la capacidad de interactuar y relacionarse exitosamente.

Cuando la identidad y la concepción de los otros están integradas, la persona tiene la capacidad de llegar a establecer relaciones maduras con los otros, así como compromisos emocionales, manteniendo coherencia con su Self y con la autonomía.

La segunda característica estructural de la organización normal de la personalidad es contar con un amplio espectro de experiencias emocionales. La persona tiene la capacidad de experimentar un rango de afectos bien modulados y complejos sin perder el control de sus impulsos, capacidad que depende de la identidad integrada y de los mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa ayudan a soportar la ansiedad producto de los conflictos (entre los sentimientos amorosos y los sentimientos de odio o entre las necesidades y las prohibiciones internas) y entre las necesidades internas y las exigencias de la realidad. Así, la persona que cuenta con bases consistentes y sólidas de experiencias internalizadas, y por ende identidad y mecanismos de defensa apropiados, cuando llega a experimentar emociones intensas, puede comprender y absorber esos afectos.

La tercera característica de la organización normal de la personalidad es la presencia de un sistema integrado de valores internalizados. Aunque

esos valores tienen su origen en los valores de las figuras parentales, cuando el sistema de valores internalizados es maduro, deja de estar ligado a las prohibiciones parentales y es un sistema estable, individualizado e independiente de las relaciones con los otros. Conductualmente se traduce en el sentido de responsabilidad, en la capacidad de autovaloración realista y crítica, y la toma de decisiones que es flexible y comprometida con los estándares, valores e ideales.

## TEORÍA DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD

La teoría de rasgos de personalidad inició en la década de 1930 con los escritos de Gordon Allport, Raymond Catell y Hans Eysenck. En esta teoría, las unidades de análisis son los «rasgos» o tendencias conductuales recurrentes y las estructuras neuropsiquiátricas. Las tendencias conductuales son observables y objetivas, en cambio, las estructuras neuropsiquiátricas se infieren y subyacen a las tendencias conductuales.

Los rasgos de personalidad se refieren a las formas características y rutinarias de pensar, sentir y relacionarse con los demás. Hay signos o indicadores de estos rasgos en la infancia, pero se hacen más evidentes en la edad adulta. Los rasgos de personalidad son parte integral del sentido de sí mismo de cada persona, pues involucran lo que valoran, piensan y sienten acerca de las cosas, lo que les gusta hacer y, básicamente, cómo son en la vida cotidiana.

**Modelo de los Cinco Factores de la Estructura General de la Personalidad.** La taxonomía más actual y aceptada, dentro de la teoría de rasgos de la personalidad, es el Modelo de los Cinco Factores (FFM). Aunque hay literalmente cientos de diferentes rasgos de personalidad, todos se pueden organizar en las dimensiones de este modelo.

El Modelo de los Cinco Factores contiene los términos más importantes y con mayor significado con los que las personas se describen tanto a sí mismas como a los demás. No hay rasgos de personalidad que no se encuentren en el Modelo de Cinco Factores (Blais *et al.*, 2016).

Los cinco factores son: 1) Neuroticismo/inestabilidad emocional versus estabilidad emocional. 2) Extroversión versus introversión. 3) Cooperatividad versus antagonismo. 4) Responsabilidad versus desinhibición. 5) Apertura a la experiencia versus convencionalidad.

**Neuroticismo (inestabilidad emocional).** Las personas con rasgos de personalidad de neuroticismo experimentan al mundo como amenazante y estresante; son ansiosas, frágiles ante el estrés, depresivas, inseguras en sus relaciones, malhumoradas y con baja tolerancia a la frustración. Los niveles altos de neuroticismo se relacionan con depresión y ansiedad, así como a autoestima baja y menor bienestar (Caspi *et al.*, 2005).

**Extroversión.** Las personas son muy activas, seguras de sí mismas y sociables y tienen sensación de bienestar, emociones positivas y autoestima alta, y generan en otros respuestas afectivas positivas. Los niveles altos de extroversión protegen de la depresión y la ansiedad (Vazsonyi *et al.*, 2015).

**Cooperatividad.** Las personas son empáticas, consideradas, generosas, amables, cálidas y armoniosas, aunque tienen sensación de bienestar no gozan de mayor autoestima. Los niveles de cooperatividad alta y baja responsabilidad se asocia a síntomas depresivos.

**Responsabilidad.** Las personas son responsables, planificadas, enfocadas, cuidadosas y ordenadas, comprometidas en el trabajo y con alta necesidad de logro y buena autoestima. Los niveles altos de responsabilidad se relacionan con menor depresión y ansiedad (Vazsonyi *et al.*, 2015).

**Apertura a la experiencia.** Las personas buscan nuevas experiencias, son creativas, curiosas intelectualmente y tienen sensibilidad artística. Niveles altos de apertura a la experiencia se relacionan con sensación de bienestar, satisfacción, calidad de vida y felicidad (Vazsonyi *et al.*, 2015). Estos cinco factores incluyen rasgos adaptativos y mal adaptativos: 1) Neuroticismo/Inestabilidad emocional versus Estabilidad. 2) Extroversión versus Introversión. 3) Cooperatividad versus Antagonismo. 4) Responsabilidad versus Desinhibición. 5) Apertura versus Convencionalidad (Widiger *et al.*, 2012).

En el Cuadro 1 se ilustran ambos polos de los cinco dominios de este modelo de personalidad (Widiger, 2017).

<p style="text-align: center;"><b>Neuroticismo</b></p> <p>Personas temerosas, tristes, aprensivas, enojonas, amargas, pesimistas, tímidas, vergonzosas, insistentes, inermes y frágiles.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Estabilidad emocional</b></p> <p>Personas relajadas, tranquilas, templadas moderadas, optimistas, confiadas, elocuentes, nada penosas, controladas, con pensamientos claros, despreocupadas, contenidas, audaces e imperturbables.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Extroversión</b></p> <p>Personas cordiales, afectuosas, sociables, extrovertidas, dominantes, esforzadas, vigorosas, energéticas, activas, inquietas, atrevidas, llenas de vida y aventureras.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Introversión</b></p> <p>Personas frías, distantes, indiferentes, aisladas, modestas, calladas, resignadas, pasivas, aletargadas, precavidas, monótonas, aburridas, apacibles, anhedónicas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Cooperatividad (amabilidad)</b></p> <p>Personas sacrificadas, entregadas, ingenuas, crédulas, confiadas, honestas, dóciles, cooperativas, sumisas, humildes, blandas, empáticas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Antagonismo</b></p> <p>Personas escépticas, cínicas, suspicaces, paranoides, astutas, manipuladoras, engañosas, tacañas, egoístas, codiciosas, explotadoras, opositoras, combativas, agresivas, seguras de sí mismas, jactanciosas, arrogantes, duras, insensibles y rudas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Responsabilidad (conciencia)</b></p> <p>Personas perfeccionistas, eficientes, ordenadas, metódicas, organizadas, rígidas, confiables, formal, trabajador, ambicioso, tenaz, devoto, precavido, reflexivo y meditabundo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Desinhibición</b></p> <p>Personas laxas, negligentes, descuidadas, desorganizadas, desarregladas, informales, no confiables, no éticas, sin objetivos, sin convicciones, hedonistas, indiferentes, precipitadas, descuidadas, imprudentes.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Apertura a la experiencia (no convencionales)</b></p> <p>Personas soñadoras, inusuales, fantasiosas, imaginativas, estéticas, conscientes de sí mismas, excéntricas, extrañas, raras, peculiares, creativas, permisivas, de mentalidad amplia.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Convencionalidad</b></p> <p>Personas prácticas, concretas, no involucradas, sin intereses estéticos, limitadas, alexitímicas, necias, rutinarias, predecibles, pragmáticas, rígidas, tradicionales, inflexibles y dogmáticas.</p>

En el Panel de Estudios Longitudinales por Internet para las Ciencias Sociales se observó que al inicio de la edad adulta aumenta la apertura a la experiencia, responsabilidad, extroversión y cooperatividad, que continúan en menor medida en la edad adulta joven y media, pero en la vejez es mucho menor (Schwaba & Bleidorn, 2018). Los eventos, exigencias y responsabilidades (carrera universitaria o laboral, matrimonio, cambio de residencia y exploración de la identidad) catalizan el cambio.

Los estudios transculturales realizados en China, España, República Checa, Eslovenia, Taiwán y Turquía permiten proponer que el Modelo de los Cinco Factores es un modelo «universal» (Vazsonyi *et al.*, 2015). El modelo dimensional de los trastornos de la personalidad incluidos en la Sección III del DSM-5 y de la CIE-11 están alineados con el Modelo de los Cinco Factores de la personalidad (Widiger & Crego, 2019).

## LA TEORÍA INTERPERSONAL DE LA PERSONALIDAD

La teoría interpersonal de la personalidad, basada en los escritos de William McDougall, George Hebert Mead, Harry Stack Sullivan, George Kelly, Timothy Leary y Jerry Wiggins, estudia el cómo y el porqué de las interacciones de las personas con otras y cómo influyen en interacciones posteriores.

La teoría interpersonal asume que las experiencias sociales establecen la forma en que pensamos respecto a nosotros mismos y cómo son los otros quienes nos enseñan cómo debemos pensar respecto a nosotros mismos. El concepto de madurez para esta teoría consiste en la capacidad para interactuar productivamente con los demás (Hogan & Sherman, 2020). Bajo este concepto la teoría del apego cae dentro de esta categoría.

**Modelo del apego.** La teoría del apego describe cómo la persona maneja sus relaciones más cercanas con sus figuras de apego: sus padres, hijos y parejas sentimentales. El apego desde el punto de vista evolutivo es un mecanismo adaptativo para la supervivencia a través del cual el bebé consigue ser cuidado.

Desde el nacimiento, las interacciones del niño con la madre o su cuidador primario formarán patrones característicos que configuran su personalidad a lo largo del desarrollo e influirán en sus relaciones cercanas, así como en las expectativas de aceptación social y actitudes hacia el rechazo.

La seguridad y la confianza del niño, además de la capacidad de explorar el ambiente, depende de que la figura de apego responda apropiadamente en los momentos en que el niño viva situaciones estresantes, brindándole estabilidad y tranquilidad. A través de la repetición de experiencias con-

sistentes en interacciones en donde obtiene tranquilidad y seguridad, el niño construye modelos mentales de sí mismo y de los demás (modelos de trabajo interno) que habitualmente persisten a lo largo de la vida.

Estas interacciones tempranas con la figura de apego son las más importantes para el desarrollo de la capacidad del niño para regular el afecto y el estrés, para mentalizar y para adquirir sentido de dominio y decisión respecto a sí mismo.

Existen tres formas de apego en los niños:

- 1) El niño con apego seguro investiga el ambiente cuando está con la madre, cuando está ausente o se presenta un extraño muestra ansiedad, y cuando la madre retorna busca su contacto y retoma la exploración del ambiente. El apego seguro es el más frecuente y se observa en el 63% de los niños.
- 2) El niño con apego ansioso o ambivalente muestra poca ansiedad cuando la madre se ausenta o está presente un extraño, cuando la madre retorna no busca el contacto con ella. El apego ansioso se observa en el 16% de los niños.
- 3) El niño con apego evitativo no explora el ambiente a pesar de la presencia de la madre, ante su ausencia muestra gran ansiedad y muestra dificultad para tranquilizarse al contacto con ella. El apego evitativo está presente en el 21% de los niños.

En el adulto, estos tres patrones de apego se observan en el 58%, 23% y 19%, respectivamente. Existe además un cuarto patrón de apego denominado «desorganizado», caracterizado por conductas extrañas y sin dirección, consistentes en inmovilidad o balanceo de cabeza.

**Modelo de mentalización.** La mentalización puede definirse como la capacidad de comprender e ima-

ginar los pensamientos de los demás. Las «primeras mentes» con las que establece este mecanismo de desarrollo psicológico es con la familia más cercana. Ellos dan las primeras lecciones al niño de cómo las otras personas piensan y de cómo los propios pensamientos del niño, manifestados en sus acciones y conductas, son interpretados por los demás.

La mentalización, esto es, la comprensión de los otros, depende de que los propios pensamientos de la persona en su niñez hayan sido adecuadamente comprendidos por figuras adultas atentas, cuidadosas y no amenazantes. La mentalización, por contar con un componente en donde la persona se refleja y otro interpersonal, tanto en lo cognitivo como en lo afectivo, permite a la persona en la infancia distinguir su interior de la realidad externa.

Al parecer, la forma de apego seguro y la mentalización son producto de influencias sociales similares (Fonagy *et al.*, 2014).

**Modelos cognitivo-sociales.** Los postulados de los modelos cognitivo-sociales consisten en: a) el aprendizaje es la base de la personalidad, b) la disposición de la personalidad tiende a ser relativamente específica y moldeada por sus consecuencias, y c) la manera en que la persona interpreta, transforma y recupera la información de sí mismo y de los demás es el elemento principal de la personalidad. Las teorías cognitivo-sociales se enfocan en los esquemas, expectativas, metas, habilidades y competencias, y la autorregulación de la personalidad. Dentro de esta categoría están incluidas tanto la terapia dialéctico conductual como la terapia cognitivo conductual (Heim & Westen, 2014).

## NEUROBIOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

Aunque los modelos descritos hasta el momento proponen un origen psicosocial de la personalidad (apego, abuso, maltrato y abandono en la infancia y





la niñez), existe suficiente evidencia de la participación de factores biológicos en la conformación de la personalidad y sus trastornos.

**Herencia.** La gran mayoría de los estudios genéticos sobre la personalidad se han enfocado en el Modelo de los Cinco Factores, que incluye los rasgos normales de la personalidad. Los rasgos de personalidad (*personality traits*) son características cognitivas, afectivas y conductuales que nos diferencian de los demás. En el Modelo de los Cinco Factores de la personalidad, esos rasgos se organizan en cinco dimensiones independientes: neuroticismo (*neuroticism*), extroversión (*extraversion*), cooperatividad (*agreeableness*), responsabilidad (*conscientiousness*) y apertura a la experiencia (*openness*). Estas dimensiones constituyen predictores de los logros en la vida de las personas (académicos, laborales, capacidad reproductiva y longevidad). Aproximadamente el 50% de los rasgos de personalidad son heredados (Penke & Jokela, 2016). Para los rasgos más frecuentemente estudiados, la extroversión y el neuroticismo se han descrito heredabilidades del 54% al 74% y del 42% al 64%, respectivamente (Heim & Westen, 2014).

Existen muy pocos datos genómicos disponibles acerca de los rasgos de personalidad. Hasta el momento, los genes candidatos para explicar la herencia de la personalidad (DRD4, 5HTT- LPR y COMT) parecen contribuir poco, lo que señala que un gran número de variantes genéticas con efectos pequeños explican una parte sustancial de la heredabilidad de la personalidad, lo que también ocurre para la inteligencia y para cualquier rasgo conductual, clínico y físico (Penke & Jokela, 2016).

**Modelo psicobiológico de la personalidad.** De acuerdo con este modelo, la personalidad se define como «la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos que moldean el ámbito interno de la persona y le permiten adaptarse al medio

ambiente de manera particular» (Cloninger & Svrakic, 2017).

Como ya se ha mencionado, la personalidad se desarrolla por la interacción de la disposición heredada y la influencia del medio ambiente. Cerca de la mitad se hereda en los rasgos del temperamento y el otro 50% se debe a la influencia ambiental (crianza y normas socioculturales).

Los tres elementos que de acuerdo con el modelo psicobiológico componen a la personalidad son el temperamento, el carácter y también la mente. En el temperamento se encuentran las emociones básicas, en el carácter los conceptos racionales acerca del sí mismo (Self) y de las relaciones interpersonales, y en la mente la autoconciencia y la inteligencia fluida (habilidad para resolver problemas y reconocimiento de similitudes); se incluye «la mente» pues tanto la autoconciencia como la inteligencia fluida participan sustancialmente en el desarrollo de la personalidad.

El modelo psicobiológico de la personalidad propone la existencia de cuatro distintos temperamentos y tres formas de carácter (Cloninger & Svrakic, 2017).

Los cuatro temperamentos son: 1) evitación del daño, 2) búsqueda de la novedad o intrepidez, 3) dependencia de la recompensa y 4) persistencia. Las tres formas de carácter son: 1) la autodirección, 2) la cooperatividad y 3) la autotranscendencia.

**Temperamentos.** Los cuatro temperamentos, aunque independientes, pueden combinarse en la persona, pues no son mutuamente excluyentes. De acuerdo con los estudios familiares, de gemelos y de asociación genética con marcadores específicos de ADN, los temperamentos están determinados genéticamente.

La *Evitación del daño* consiste en la tendencia heredada de inhibir la conducta ante señales de castigo,

y se manifiesta como miedo a la incertidumbre, timidez, inhibición social, evitación pasiva de problemas y riesgos, fatigabilidad y preocupación pesimista; el neurotransmisor involucrado es el GABA, cuyos niveles altos en plasma correlacionan con menos características de *Evitación del daño*. Un gen en el brazo largo del cromosoma 17 (17q12) que regula la expresión del transportador de serotonina señala también la participación de la serotonina a nivel del rafe dorsal.

La *Búsqueda de la novedad* consiste en la tendencia heredada de activación ante situaciones nuevas que implican recompensa y la evitación activa ante señales de castigo. Su base biológica se encuentra en a) mayor capacidad de síntesis y liberación de dopamina y del número de transportadores de dopamina (D4DR) en el cuerpo estriado ventral, y b) menor número de autoreceptores de dopamina tipo 2 y 3 (D2/ D3) en la sustancia nigra y el área tegmental ventral del mesencéfalo. El transportador de dopamina, codificado en un gen del brazo corto del cromosoma 5, tiene como función la recaptura de la dopamina y además es el sitio de acción de medicamentos como el metilfenidato.

La *Dependencia a la recompensa*, que refleja la tendencia heredada de mantenimiento de la conducta en respuesta a las señales sociales de recompensa, consiste en sentimentalismo, sensibilidad social, apego y dependencia a la aprobación de los demás. Su base biológica se encuentra en las proyecciones noradrenérgicas originadas en el locus ceruleus y serotoninérgicas del rafe medio.

La *Persistencia* es la tendencia heredada de mantener la conducta a pesar de la frustración, fatiga y ausencia de reforzamiento continuo que manifiestan las personas industriosas, determinadas, ambiciosas y perfeccionistas, y que intensifican su esfuerzo anticipando la recompensa y consideran la fatiga y la frustración como retos a vencer.

La mayor actividad del circuito cerebral formado por la parte ventral del cuerpo estriado, la corteza orbitofrontal/ínsula rostral y la corteza del cíngulo dorsal anterior constituye la base biológica de la *persistencia*.

**Caracteres.** El carácter, racional y volitivo, consiste en las diferencias individuales en el autoconcepto y relaciones objetales que reflejan las metas y valores personales. A diferencia del temperamento, el carácter está dado por emociones secundarias como la moderación y la paciencia al buscar lograr un propósito, la empatía y, en la madurez, la esperanza, el amor y la fe (Cloninger & Svrakic, 2017).

El carácter incluye funciones cognitivas más elevadas como la abstracción, la interpretación simbólica y el razonamiento. Su interacción con el temperamento da lugar a un concepto internalizado maduro y realista tanto de sí mismo (Self) como del mundo.

Los tres caracteres propuestos en el modelo psicobiológico de la personalidad son la *autodirección*, la *cooperatividad* y la *autotrascendencia*. La *autodirección* hace referencia a la autosuficiencia, responsabilidad, confiabilidad, habilidad y recursos, orientación a metas y autoaceptación de la persona. La *cooperatividad* se refiere a contar con reglas y principios de convivencia e interacción con los demás. La *autotrascendencia* se manifiesta como la capacidad de ser juicioso, consciente de sí mismo, idealista, contemplativo y espiritual.

## CONCLUSIONES

El conocimiento aportado por la ciencia ha permitido ir superando el debate de lo innato y lo adquirido. Si bien nacemos con una herencia genética, nuestros comportamientos no están totalmente determinados por la herencia transmitida por nuestros padres.

Los distintos modelos psicológicos de la personalidad ponen mayor énfasis en la crianza y las experiencias en las etapas tempranas de la vida, a la manera en que el niño se apega a sus figuras parentales y desarrolla la capacidad de comprender las motivaciones de las conductas de los demás y de sí mismo.

El modelo psicobiológico, aunque pone mayor énfasis en los elementos biológicos heredados en el temperamento, a la vez considera los aspectos caracterológicos producto de la interacción del funcionamiento de distintos circuitos cerebrales y la actividad de los neurotransmisores con las experiencias vitales del sujeto.

Aunque el Modelo de los Cinco Factores de la Estructura General de la Personalidad constituye en este momento uno de los principales puntos de referencia para el estudio de la personalidad y sus trastornos, otros modelos descritos van a ser utilizados por sus autores como marco explicativo de los trastornos de la personalidad.

Por otro lado, a diferencia de lo que ocurre en el campo de las ciencias sociales, en donde la personalidad aspira a ser la más amplia e integradora de las ramas de las ciencias psicológicas e inclusive el origen de toda psicopatología, en la Psiquiatría el campo de la personalidad se enfoca al estudio del origen, las manifestaciones y el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Lewis & Buss, 2021).

## FUENTES

Blais MA, Smallwood P *et al.* (2016). Personality and personality disorders. En Stern TA, Fava M *et al.* *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd Ed. Toronto: Elsevier, 433-444.

- Caspi A, Roberts BW & Shiner RL. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology* 56, 453-484.
- Cloninger CR & Svrakic DM. (2017). Personality disorders. En Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
- Fonagy P, Bateman AW *et al.* (2014). Development, attachment, and childhood experiences. En Oldham JM, Skodol AE & Bender DS. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 55-77.
- Heim AK & Westen D. (2014). Theories of personality and personality disorders. En Oldham JM, Skodol AE & Bender DS. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 13-38.
- Hogan R & Sherman RA. (2020). Personality theory and the nature of human nature. *Personality and Individual Differences* 152, 109561.
- Lewis DMG & Buss DM. (2021). The evolution of human personality. En John OP & Robins RW. (2021). *Handbook of Personality. Theory and Research*. London, UK: The Guilford Press, 3.
- Penke L & Jokela M. (2016). The evolutionary genetics of personality revisited. *Current Opinion in Psychology* 7, 104-109.
- Pittaluga G. (1954). *Temperamento, carácter y personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica 7, 19-20.
- Schwaba T & Bleidorn W. (2018). Individual differences in personality change across the adult life span. *Journal of Personality* 86 (3), 450-469.
- Vazsonyi AT, Ksinan A *et al.* (2015). The Big Five and adolescent adjustment: an empirical test across six cultures. *Personality and Individual Differences* 83, 234-244.
- Widiger TA. (2017). *The Oxford Handbook of the Five Factor Model*. New York, NY: Oxford University Press.
- Widiger TA & Crego C. (2019). The Five Factor Model of personality structure; an update. *World Psychiatry* 18(3), 271-272.
- Widiger TA, Samuel DB *et al.* (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the five-factor model. En Widiger TA (editor). *Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press, 82-107.
- Yeomans FE, Clarkin JF & Kernberg OF. (2015). *Transference-focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

# La personalidad narcisista y el personal de salud (1ª parte)

Dr. Mario Souza y Machorro\*

---

\*Médico psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, el Consejo Mexicano de Psiquiatría y la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES.

---

*Quien tiene más ego que personalidad,  
también tiene más imagen que esencia.*

*La personalidad es la organización más compleja  
e integral de la vida subjetiva del ser humano.*

## RESUMEN

El periodismo científico en este artículo, propio para estudiantes y profesionales de medicina y otras carreras de la salud, consta en su primera parte de introducción, definición, descripción, datos epidemiológicos, etiopatogenia, clínica y diagnóstico (narcisismo médico). Se incluye como rasgo de personalidad y como trastorno de personalidad (TNP), ambos codificados en los manuales de diagnóstico psiquiátrico (DSM/ICD). Se comenta su impacto sobre la salud general y los profesionales que la atienden. La breve discusión concluye con recomendaciones de abordaje clínico.

**Palabras clave:** *narcisismo, trastorno narcisista de personalidad, salud pública, personalidad de los profesionales de la salud, impacto social.*

## SUMMARY

The scientific journalism in this article, suitable for students and professionals of medicine and other health careers, consists in its first part of introduction, definition, description, epidemiological or epidemiological data, etiopathogenesis, clinical and diagnosis (medical narcissism). It is included as a personality trait and as a personality disorder (NPT), both coded in psychiatric diagnostic manuals (DSM/ICD). Its impact on general health and the professionals who care for it is discussed. The brief discussion concludes with recommendations for a clinical approach.

**Keywords.** *Narcissism, Narcissistic Personality Disorder, Public Health, Personality of Health Professionals, Social Impact.*

## INTRODUCCIÓN

Narcisismo es un concepto psicoanalítico que describe al individuo que admira demasiado su imagen y tiene excesiva pasión por sí mismo. Nació de la mitología griega, según la cual Narciso, un joven hermoso, despertó el amor de la ninfa Eco. Al rechazarla, Narciso fue condenado por la diosa Némesis a enamorarse de su propia imagen reflejada en un estanque, en donde más tarde se suicidó, ahogándose.

En psiquiatría, el concepto se clasifica como trastorno narcisista de personalidad (TNP) (WHO, 2018) vinculado al autoerotismo (concentración del instinto sexual sobre el propio cuerpo). El término narcisismo, introducido al final del siglo XIX y adoptado por el psicoanálisis (Ellis, 1898), describe una sexualidad basada en el propio cuerpo. El narcisismo, una característica normal de las personas —siempre que no se magnifique y evolucione hasta conformarse en trastorno—, está relacionada con el desarrollo de la libido (impulso fundamental; fuerza creadora de energía vital, condicionada por factores hormonales, psíquicos y neuroquímicos; deseo sexual). En tanto perversión sexual (desviación de la libido, no alude a la moral), se considera una fijación a una fase de transición de la infancia, que puede vincularse a parafilias (exhibicionismo, voyerismo, etc.), homosexualidad y otras conductas de tipo sexual, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y suicidio (Rank, 1911; Freud, 1914).

Se consideró una personalidad típica de la vanidad y el amor propio —más allá de la sexualidad—, pero sin limitarse a la patología del desarrollo humano: del amor propio, su personificación (Rank, 1911). Rank publicó un primer artículo del tema que precedió al de Freud (1914). Ambos destacaron la función defensiva del narcisismo para la protección del individuo de sus sentimientos de

baja autoestima y lo conceptualizaron como un estado psicológico dimensional de normal a patológico y aceptada por los teóricos de la personalidad (Levy *et al.*, 2011), que establecieron: el trastorno de personalidad (TP); el carácter fálico-narcisista (Reich, 1949); los tipos agresivo-expansivo, perfeccionista y arrogante-vengativo (Horney, 1939) y las nociones de Falso vs. Verdadero Yo (Winnicott, 1960).

Otros autores (Kohut, 1971a; Kernberg, 1984) influyeron en el enfoque de la Psicología del Yo con el «Modelo deficitario del narcisismo», que afirma originarse en la infancia como resultado de la incapacidad de los padres de empatizar con su hijo. La integración normal del «Yo grandioso» y la «imago parental idealizada» no ocurre en ellos. La omnipotencia grandiosa emerge como defensa ante la fragmentación del Yo, que daría alteración mental. Tales individuos son propensos a experimentar vacío y depresión en respuesta a una «lesión narcisista». El enfoque destaca la hostilidad y el conflicto en el desarrollo patológico, reflejado en agresión y envidia, derivados de la crítica interna del Superyó (instancia de equilibrio entre el Yo y el Ello en el aparato psíquico descrito por Freud), que impone conductas socialmente aprobadas y contribuye a generar sensaciones racionales: pudor, cariño, control y medida. También connota un sentido de potencial activo para la maldad del individuo hacia los demás, que puede inducir culpa, sentido de indefensión, fealdad e impotencia (Lingiardi & McWilliams, 2017). Además, refiere a las experiencias de la primera infancia de figuras parentales frías, indiferentes o agresivas que impelen al niño a desarrollar sentimientos de alejamiento, autoestructura patológica engrandecida que lo defiende contra su cólera, por su incapacidad de interiorizar buenos objetos (representación interna del otro, padres o cuidador principal). Esto mantiene los mecanismos primitivos de defensa: idealización, denigración y división, falta de capacidad de tristeza,

culpa y duelo a través mecanismos de vergüenza, envidia y agresión (Kohut, 1971a; Kernberg, 1984).

## DEFINICIÓN

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), el TNP es un «desorden psicológico caracterizado por un patrón persistente de grandiosidad, fantasías de poder o importancia ilimitada y la necesidad de admiración o tratamiento especial. Las características cognitivas, afectivas, interpersonales y conductuales básicas incluyen impulsividad, volatilidad, búsqueda de atención, baja autoestima y relaciones interpersonales inestables que causan un patrón generalizado de dificultades interpersonales, problemas ocupacionales y angustia psicosocial significativa».

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (OMS, 2018) describe un patrón dominante de grandeza (fantasía o comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que inicia al principio de la edad adulta en distintos contextos y se manifiesta por cinco o más de los datos siguientes:

- 1) Sentimientos de grandeza y prepotencia; exagera logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos
- 2) Fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ilimitado; sentirse *especial* y único; que sólo pueden comprenderle o puede relacionarse con otras personas o instituciones especiales o de alto *estatus*
- 3) Necesidad excesiva de admiración; sentimiento de privilegio; expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas

4) Explota las relaciones interpersonales; se aprovecha de los demás para sus propios fines; carece de empatía; renuente a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás

5) Envidia a los demás o cree que éstos lo envidian; actitudes y comportamiento arrogantes y de superioridad.

Este trastorno se incluye en la categoría (6D10.Z) de los TP de severidad no especificada. Tal vulnerabilidad a la envidia (tener la convicción interna de que se carece de algo y de que la propia inadecuación está en constante riesgo de exposición) ocurre a menudo (Segal, 1997). El individuo se torna envidioso hacia quienes lucen contentos o tienen aquello de lo que cree carecer. La envidia (el mayor homenaje que la mediocridad rinde al talento) deviene raíz del criticismo que presenta consigo y los demás. Al sentirse deficiente y percibir a los otros en mejor condición, intenta destruir denigrando, despreciando o ridiculizando. Muestra actitudes y conductas arrogantes de superioridad. El desorden se expresa en la necesidad constante de alimentar sus fantasías de grandiosidad y autoestima a través de actitudes y comportamientos a menudo exagerados. Es intolerante a la crítica y reacciona con ira, enmascarando la vergüenza y la humillación con una actitud fría. Puede ser violento como resultado de una «herida narcisista» y vivirse como la sensación de ser visto como malo e inadecuado, por los externos a su Self (sí mismo, autoconciencia, individualidad, sentimiento de identidad) (Mayo Clinic Family Health Book, 2020).

## DESCRIPCIÓN

El narcisismo se considera parte del desarrollo normal de las personas, construye el autoconcepto y mantiene la autoestima. Se torna patológico cuando no se han resuelto adecuadamente los antecedentes anormales ocurridos en la infancia, respecto



del apego insuficiente o anormal, por conflictuarse con las ideas culturales y éticas, o bien, cuando es excesivo u obstaculiza las relaciones normales con su entorno. Debe considerarse como una prerrogativa de todos los seres humanos, relacionada al desarrollo de la libido (considerada el impulso fundamental; fuerza creadora de energía vital, condicionada por factores hormonales, psíquicos y neuroquímicos; implica al deseo sexual).

Freud (1914) lo dividió en: a) *Primario* (los niños y jóvenes se creen superiores e invierten su libido hacia sí. Fase autoerótica) y b) *Secundario* (el individuo desarrolla el Yo, diferenciando sus deseos y lo que lo atrae del resto del mundo) (Levy *et al.*, 2011). Las relaciones de objeto anormales (teoría psicodinámica que explica el desarrollo de la mente de un niño con los objetos —personas o partes de las personas— de su entorno) que afectan al individuo desde el inicio de su vida (Mayo Clinic Family Health Book, 2020). El vínculo narcisista

identifica el ego con el objeto interno idealizado, su disociación hace inestable su estructura psíquica. El interés narcisista resulta de una actitud agresiva por envidia o celos (inversión del Yo, por parte de la libido). Para resolverlo deberá mostrar interés y amor en la protección de objetos externos e internos, dejando de lado los intereses personales en favor de los padres y por el bien de los objetos. Al concentrar la libido sobre el objeto sexual, hace del amor, altruismo (Ey *et al.*, 1974).

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las personas narcisistas son diversas y de sutil patología. No siempre muestran sufrimiento, lo que desconcierta al observador. El narcisista exitoso a nivel económico, cultural, social, político o militar puede ser admirado. Pero el costo interno de su ansia de reconocimiento es raro que se aprecie desde fuera; los daños realizados a otros cuando persiguen sus objetivos los estiman trivia-



les y necesarios. El TNP es altamente prevalente; sin embargo, las investigaciones siguen siendo limitadas. Las tasas de prevalencia en muestras comunitarias son de 0.5-5% de la población de EUA (Ronningstam, 2013). No obstante, en ámbitos clínicos, su prevalencia es de 1-15% de la población. La revisión sistemática del TNP en muestras no clínicas de adultos informa prevalencia media general de 1.2% en el rango de 0 a 6.2% (Otway & Vignoles, 2006). La Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcoholismo y Condiciones Relacionadas (NESARC) N=34,093 en civiles de EUA, que evaluó el consumo de alcohol y drogas, trastornos psiquiátricos y factores de riesgo asociados y sus consecuencias, mostró prevalencia general de TNP de 6.2%, con tasas más altas en hombres (7.7%) que en mujeres (4.8%), siendo más común en hombres y mujeres negros, mujeres hispanas, adultos más jóvenes y personas separadas, divorciadas, viudas o nunca casadas (Otway & Vignoles, 2006).

## ETIOPATOGENIA

Existe amplia literatura sobre el narcisismo desde perspectivas psicoanalíticas y psicodinámicas, a las que se suman las Teorías del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) (idea de que los niños aprenden en entornos sociales por medio de la observación e imitación del comportamiento que vieron; el niño se ve afectado por la influencia de otros) y la Teoría del Apego (trascendente relación del niño con su cuidador en la primera infancia, elemento crítico para su supervivencia, desarrollo físico y emocional; «imperativo biológico» arraigado en una necesidad evolutiva) (Bowlby, 1982). Ambas teorías se centran en el comportamiento de los padres, pese a las diferencias del trastorno, estilo de crianza, edades infantiles estudiadas, nacionalidad, etc., que convergen al mostrar que la crianza disfuncional se asocia con el desarrollo de TNP en la vida adulta (Bandura, 1977; Bowlby, 1982). La indulgencia de los padres se asocia tanto con el *grandioso* como

con el *vulnerable*, en tanto, su frialdad y el control emocional del niño tienen más probabilidades de asociarse con el vulnerable. Así, las alteraciones muy tempranas en la relación entre el niño y el cuidador principal pueden vincularse al desarrollo del TNP por los Estilos de Apego (Kohut, 1971a; Bowlby, 1982) de rechazo o de cercanía intensa (Kohut, 1968; Bateman, 1998), y relacionarse con estados mentales de grandiosidad y vulnerabilidad (Smolewska *et al.*, 2006; Kernberg, 2000).

Si bien su causalidad es multifacética, algunos estudios han sugerido una predisposición genética hacia el TNP (Kohut, 1977a). Rasgos como la agresión, tolerancia reducida a la angustia y la regulación disfuncional del afecto, destacan entre sus portadores (Kohut, 1984; Wolfe, 1976). Las experiencias de desarrollo negativas, el rechazo infantil y un Ego frágil durante la primera infancia, pueden contribuir a la aparición del TNP adulto (Wolfe, 1976; Twenge & Campbell, 2009). Los elogios excesivos (creencia de que un niño muestra habilidades extraordinarias), pueden inducirlo. Una hipótesis reconocida acerca del narcisismo es: ser más sensibles que los otros a los mensajes no verbales; una disposición natural a adaptarse a los afectos y expectativas de los demás; derivar de que algunos familiares explotan el talento de sus hijos para mantener su autoestima, tratándolos como «extensiones narcisistas de sí» (Dickinson & Pincus, 2003; Wink & Donahue, 1997) u originados por una fuerte pulsión agresiva innata y una carencia constitucional de tolerancia a la ansiedad ante los impulsos agresivos. Las principales emociones documentadas al efecto son la vergüenza, la envidia y connotaciones de indefensión, fealdad e impotencia (Lingiardi & McWilliams, 2017). El Self narcisista incluye un sentido vago de falsedad, vergüenza, envidia, vacío e incompletud, fealdad e inferioridad, o bien las contrapartidas compensatorias (sentirse con todo derecho —prepotencia—, orgullo, desprecio, autosuficiencia defensiva, vani-

dad y superioridad). No cabe en ellos el sentido de ser «suficientemente bueno».

Para Freud (1914), en algún nivel son conscientes de su fragilidad psicológica, temen ser excluidos o perder de repente su autoestima o autoconcordancia si son criticados, y sentir de pronto que «no son alguien». Asimismo, con frecuencia desplazan su miedo a la fragmentación de su Yo interno hacia preocupaciones por su salud física y son vulnerables a temores por hipocondría (preocupación y miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo). Como resultado de su perfeccionismo, evitan sentimientos y acciones que expresen conciencia de su falibilidad personal o de dependencia de los otros. La gratitud y el arrepentimiento tienden a ser negados, porque su Self está construido sobre la ilusión de no tener defectos ni necesidades y admitirlos les llenaría de vergüenza. Los procesos defensivos y adaptativos en el narcisismo pueden usar defensas psicológicas inconscientes como la *idealización* y la *devaluación* que idealiza el Yo y devalúa a los otros.

El Self grandioso (Kohut, 1971a) puede sentirse internamente o puede ser proyectado. Estas personas confrontan cualquier tema tomándolo como una competencia. Les importa el prestigio comparativo, las ventajas y desventajas son anuladas, subordinando las demás preocupaciones de la valoración y desvalorización. Su *perfeccionismo* mantiene ideales no realistas y se convencen a sí mismos de que pueden lograrlos, o responden a su fracaso con resultados depresivos, sintiéndose inadecuados en vez de «seres humanos perdonables». Tal perfeccionismo nunca resuelve indefinidamente el problema: se crean ideales exagerados para compensar el déficit yoico por el que se sienten tan despreciables y luego, como nadie es perfecto, la estrategia falla y el Self despreciado emerge de nuevo. No es

raro que sea consciente de que algo va mal en su interacción con los otros —pero sin alcanzar a determinararlo—, y se sienta impulsado a buscar ayuda.

Como el paciente no entiende lo que significa aceptar a una persona sin juzgarla ni explotarla, amar a los otros tal como son, sin idealizarlos y expresar sentimientos genuinos sin vergüenza, el único modo de transmitírselo es a través de la aceptación del propio analista, que puede llegar a ser un prototipo para su comprensión emocional de la intimidad (Lingiardi & McWilliams, 2017). El término «objeto-Self» (objeto que la persona experimenta como no totalmente separado de ella misma y que sirve para mantener el sentido de individualidad), califica a la gente que sostiene la autoestima a través de su afirmación, admiración y aprobación; refleja el hecho de que los individuos en ese papel funcionan como objetos externos del Self y, a la vez, como partes de la autodefinition. Todas las personas los necesitan, pero la realidad y la moralidad requieren el establecimiento con los demás de una relación de reconocimiento de quienes son y lo que necesitan (Wink & Donahue, 1997), no sólo de lo que pueden obtener. Tales personas se aferran a sus objetos-Self, dado que no consideran otros aspectos de la relación ni son capaces de imaginarlos.

Lo más dañado en el TNP es la capacidad de amar. Dan mensajes confusos a los otros, porque su necesidad de ellos es profunda pero su amor para sí es superficial. Pueden haber sido vitalmente importantes para sus padres, pero no por quienes realmente son, sino por la función que cumplían con y para ellos. El niño recibe un mensaje confuso; es valorado, pero sólo en ese punto, lo que hace que tema que si sus sentimientos reales —en especial los hostiles o egoístas— son visibles, vendrá el rechazo o la humillación, desarrollando así un «falso Self» (Winnicott, 1960). Los padres siempre miran a sus hijos con una mezcla de empatía y necesidad narcisista. El asunto es cuestión de grado y equili-

brio, y también de si el niño consigue también atención no relacionada con satisfacer los objetivos de los padres.

Un aspecto vinculado a quienes se tornan narcisistas es la «atmósfera familiar proveniente de una constante evaluación». La agenda del padre para su hijo es vital para su propia autoestima; cada vez que el hijo lo decepciona, será implícita o explícitamente crítico. Una atmósfera evaluadora que manifiesta continuo orgullo y aplauso también daña el desarrollo de una autoestima realista, porque el niño siempre tiene conciencia de ser juzgado, aunque sea con veredicto positivo, sabe que en algún nivel hay algo de falso en la continua admiración y esto le crea la sensación de ser un fraude, de no merecer la admiración (síndrome del impostor).

Hay autores que afirman que la sobreindulgencia es la causa principal del TNP. Otros, refieren versiones de crianza en la niñez: el niño avergonzado, mimado y el «especial», como precursores del TNP adulto. No es necesario que el progenitor padezca o haya sido narcisista. Puede haber tenido necesidades narcisistas hacia un niño particular, creándose un escenario en el cual el niño no pudo discriminar entre sus sentimientos genuinos y sus deseos de agradar o impresionar a los otros. Los padres que han vivido desastres o persecuciones transmiten a sus hijos que deberían vivir la vida que ellos no han vivido, y los hijos de padres traumatizados crecen con confusión de identidad y sentimientos de vergüenza y vacío (Gabbard, 2000).

El desarrollo paralelo de la teoría del Aprendizaje Social (Adorno, 1968) y del trabajo clínico con estos pacientes propuso el narcisismo como resultado de la respuesta defensiva del ego colectivo a la industrialización y la cambiante estructura socioeconómica de la sociedad, a partir del surgimiento del culto al individuo, la autoexpresión, autoadmiration y el materialismo como clave para la prospe-

ridad económica, la felicidad y el éxito, tan en boga actualmente y, a la vez, tan omisa de los valores sociales tradicionales, familia y el bien comunitario. Al efecto, cabe señalar como contraste, el concepto de salud mental de la OMS: «El estado de bienestar que permite a los individuos: Realizar sus habilidades; Afrontar el estrés normal de la vida; Trabajar de manera productiva y fructífera, y Ofrecer una contribución significativa a sus comunidades» (Souza y Machorro, 2018). Pero he aquí que la condición individualista ha crecido tanto en los decenios recientes que ha ocasionado la llamada «epidemia de narcisismo» (Wolfe, 1976; Twenge & Campbell, 2009). Estudios culturales *ad hoc* sugieren que EUA se considera la sociedad más narcisista, en la que se celebra el individualismo, el éxito profesional, fama y riqueza material, en contraste con las culturas orientales en Asia y el Medio Oriente, que promueven el colectivismo y las prácticas de crianza más compartidas. En ellas se ha documentado a través de autoinformes los más bajos rasgos narcisistas, comparados con otros países occidentales (Mayo Clinic Family Health Book, 2020).

La literatura contemporánea que se basa en el Inventario de Personalidad Narcisista, el más utilizado al efecto, lo toma como un rasgo normativo de la personalidad: adaptativo o desadaptativo (Vater *et al.*, 2013; Pincus & Wiggins, 1990). Y si bien la literatura cognitivo-conductual al respecto es relativamente escasa comparada con la de los enfoques psicoanalíticos y psicodinámicos, sus teóricos han aplicado este enfoque al estudio del TNP con procedimientos sobre las Creencias Centrales o Autoesquema. Tal perspectiva indica que los niños aprenden sobre sí mismos y los demás a partir del comportamiento de sus padres, y en los individuos narcisistas, las creencias y las distorsiones sobre la manera inadecuada de ser y su derecho derivan de la indulgencia parental temprana (Bandura, 1977; Bowlby, 1982). Se ha señalado también el abuso y la negligencia de los padres como partícipes del de-

sarrollo del TNP. Se incluyen al respecto las creencias/esquemas centrales disfuncionales, derivados de experiencias tempranas de crianza adversa, asociadas con TNP que llevan a la persona a ser autoindulgente, exigente y agresiva, asociado a síntomas depresivos (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Otros teóricos cognitivos (Kernberg, 1984; Kohut, 1971b; Gabbard, 1989a; Gersten, 1991a) dieron un enfoque particular al papel de las experiencias y efectos tempranos negativos en la etiopatogenia y manejo del TNP. Se ha descrito la coexistencia de aspectos narcisistas de «piel gruesa y delgada» en un mismo individuo como defensa del primero contra el segundo, porque la grandiosidad puede ocultar un sentido subyacente de impotencia, vergüenza e insuficiencia y, viceversa, manifestar timidez y reticencia que puede proteger un sentido secreto de importancia (Dickinson & Pincus, 2003).

El funcionamiento narcisista saludable puede coexistir con TNP y variar según el contexto y relaciones interpersonales. Ambos individuos con *grandiosidad* y con narcisismo *vulnerable* comparten una preocupación por satisfacer sus necesidades a expensas de la consideración ajena o externa al Self (Gersten, 1991a; Akhtar & Thomson, 1982). El TNP ocurre por fragilidad en la autorregulación y autoestima, acompañada de reactividad autoprotectora y disregulación emocional. Los comportamientos grandiosos y egoístas pretenden ser correctivos del sentido subyacente agotado de sí mismo y forman el espectro autorregulador de la función del TNP (Kernberg, 2000).

Por otro lado, estudios de base genética estiman 24% para el TNP en comparación con 38% del T. Antisocial, 35% del T. Límite y 31% del T. Histriónico (Burgemeester, 2013). Es posible, señala la literatura, la participación del cromosoma X en los rasgos de TNP, sumados a cierto estilo de crianza (*idem*). Los estudios morfométricos basados en el

vóxel (unidad cúbica que compone un objeto tridimensional) muestran anomalías en la materia gris de las regiones prefrontal e insular (Schulze *et al.*, 2013), que se suman a las encontradas en la materia gris de las cortezas prefrontales del cíngulo, anteriores, derechas y las de la materia blanca del lóbulo frontal (Nenadic *et al.*, 2015).

## CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La observación psicoanalítica apreció que la gente con problemas de autoestima difícilmente se puede entender en términos de impulsos y conflictos inconscientes, y no puede tratárseles con el abordaje de terapia basada en el *conflicto*, sino del *déficit*. Las personas narcisistas pueden sentirse falsas y sin amor en privado. El desarrollo de la psicología dinámica aportó la promoción de la autoaceptación y la capacidad para las relaciones profundas. Distintos autores facilitaron la comprensión de esta dimensión psíquica, destacando la vincularidad primaria, que entiende la patología narcisista no como fijación a una grandiosidad infantil normal, sino como compensación por una decepción vincular temprana (Ronningstam, 2013; Otway & Vignoles, 2006). El conocimiento de las funciones maternas de contención, soporte y «espejo» (Bandura, 1977; Bowlby, 1982) favorece la intervención de quienes padecen trastorno del sentido del Yo y explica la personalidad grandiosa como *una* modalidad, reconocida por la dificultad en sus manifestaciones de identidad y autoestima.

En esa dirección, la clasificación del TNP refiere modalidades, según sea la forma en que se busca admiración y atención, y se puede diagnosticar como: a) ajeno vs. hipervigilante; b) abierto vs. encubierto/tímido; c) exhibicionista vs. encerrado, y d) de piel fina vs. piel gruesa (Kohut, 1968; Bateman, 1998). El denominador común es un sentido interno de terror, insuficiencia, vergüenza, debilidad e inferioridad. Sus conductas com-

pensatorias, no obstante que sean diversas, tienen preocupaciones similares. A diferencia de los *rasgos de personalidad*, el trastorno es un *estado de la personalidad* que deforma la manera de ser con sus modalidades:

- a) *Tóxico*. Satisface sus necesidades de admiración a través del control, el poder y el acoso, haciendo que los demás se sientan inferiores.
- b) *Introverso*. Busca la atención de los demás asumiendo el papel de víctima a través de estrategias sutiles de manipulación
- c) *Exhibicionista*. Requiere la admiración de los demás, no duda en exagerar o inventar sus logros o talentos).

Estas modalidades se expresan en formas específicas:

- i) *Dependiente*. Muestra una extrema «vulnerabilidad», experimenta una enorme necesidad de amor imposible de satisfacerse. Cree que no recibe suficiente amor, está fugazmente satisfecho con la atención de los demás, para recaer en el vacío de aprobación y afecto; su profundo miedo al rechazo y abandono lo hace ser dependiente.
- ii) *Tirano*. La persona se aferra al poder por su necesidad insaciable de dominación y autoridad; es arrogante, se cree superior y desprecia a los demás con su trato de «inferiores»; piensa que siempre tiene la razón y necesita el control de la situación; su presencia es opresiva, hace la vida imposible a los subordinados; cosifica a las personas; las considera medios para demostrar su poder y satisfacer sus necesidades de autoridad; su posesividad llega al abuso; utiliza su desprecio para hacer que otros se sientan perdedores, para sentirse ganador

- iii) *Elitista*. De percepción exagerada de sí mismo, se cree la persona más poderosa, influyente e importante del mundo; se asegura haciendo que otros lo sepan y le rindan homenaje, no se cansa de jactarse de sus supuestos éxitos y logros; exagera su importancia porque quiere despertar envidia o admiración; opina, sin que se le pregunte; cree saber más que nadie, sin importar el tema. Su carisma puede atraer admiradores a su órbita
- iv) *Imaginario*. Desarrolla fantasías elaboradas y toda su vida ocurre en su mundo interior; estima que el mundo real se entromete en su mundo perfecto, generándole frustración y resentimiento. Percibe a la realidad como fría y dura, por lo que tiende a evitarla; sólo encuentra satisfacción en su mundo ideal, donde todo es perfecto; inventa una vida ficticia para despertar envidia y admiración de los demás; no reconoce sus mentiras, incluso frente a la realidad; busca excusas para apoyar sus fantasías
- v) *Somático*. Vive para verse bien y en forma, su obsesión corporal y estética, afecta su escala de valores, al reducirla a la imagen, moda, belleza, juventud y glamour; necesita ser admirado por su fenotipo; su autoestima está ligada a su imagen; es perfeccionista y dedica mucho tiempo a sus rituales de cuidado corporal; proyecta su problema sobre los demás, a quienes valora por su apariencia
- vi) *Antagonista*. Vive la furia que subyace a su apariencia; su infelicidad se aprecia con creciente hostilidad hacia todos. Cree que siempre hay un enemigo dispuesto a lastimarlo; vive episodios explosivos «irracionales», desconcertantes o inexplicables. Bajo ese comportamiento se encuentra la hipersensibilidad; cuando no recibe elogios o la admiración esperada, interpreta cualquier palabra como un insulto o falta de respeto. Toma todo como un ataque personal, siente ira por daño narcisista
- vii) *Malicioso*. Siempre muestra la mejor cara, parecer encantador, atractivo y amable; su atractivo es máscara de la oscuridad de su personalidad; detrás de frases tales como «confía en mí» hay intenciones maliciosas; quiere ganarse la confianza de los demás para su beneficio; su «vandalismo emocional» causa daño a las víctimas, que tardan años en recuperarse; usa su encanto para deslumbrar.
- viii) *Mártir*. Su identidad se basa en el dolor, el sufrimiento lo es todo; ser víctima o sobreviviente, le justifica su necesidad de atención y demandas parasitarias en sus relaciones inequitativas y de explotación; tiene una gran carga emocional, el dolor del pasado nunca desaparece; contamina el presente con ese sufrimiento que lo hace un ser excepcional
- ix) *Mesiánico*. Tiene un «alto nivel moral»; es una persona considerada servicial, buena y amable, aunque mira por encima del hombro y critica, se siente especial; no duda en contar sus «hazañas» morales para recibir elogios; se presenta como un salvador, cuando su ayuda es en apariencia desinteresada y sus condiciones implícitas; nunca duda en reclamar favores y exigir tributo constante por su «sacrificio», tornando la relación en deuda permanente
- x) *Vengativo*. El más peligroso, actúa desde las sombras, utiliza la manipulación para destruir a los demás: para sentirse superior, aplasta a los demás; crea conflictos en su camino o inventa mentiras que afecten a sus adversarios; hace cualquier cosa para que éstos caigan; en lugar de tratar de crecer y mejorar, desprecia a todos los que destacan; engaña y difama para dañar su reputación; sin ayuda psicológica, su grave

egoísmo perjudicará a las personas de su entorno sobre los que creará infelicidad. En suma, la personalidad narcisista es una forma de «trastorno del Yo» con problemas la identidad y autoestima (Kohut, 1968; Bateman, 1998).

En las clasificaciones actuales (WHO, 2018; Lingiar-di & McWilliams, 2017), se describe un TNP caracterizado por sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y explotación en las relaciones interpersonales. Desde el punto de vista psicodinámico (Segal, 1997), la investigación y práctica, refieren a la existencia de dos modalidades de narcisismo: a) Grandioso y b) Vulnerable (Smolewska *et al.*, 2006; Kernberg, 2000; Kohut, 1977a). Se propone un TNP *envidioso y codicioso*, en el que la persona requiere la atención y la aprobación constante de los demás, y un TNP caracterizado por vulnerabilidad y fragmentación del Ego (Kohut, 1971a; Wolfe, 1976; Twenge, 2022). Se distingue, asimismo, entre: a) «narcisismo manifiesto» (grandioso-exhibicionista, extrovertido, confiado en sí mismo y agresivo) y b) «narcisismo encubierto» (vulnerabilidad-sensibilidad, introvertido, a la defensiva, ansioso y vulnerable) (Wink, 1991; Dickinson & Pincus, 2003).

Las modalidades representan los extremos de un continuo:

1) Narcisista inconsciente o grandioso (Wink & Donahue, 1997). No tiene conciencia del impacto sobre los demás. Es arrogante, explotador y envidioso (Gabbard, 2000). Acostumbra a regular su autoestima a través del autoenaltecimiento, la negación de sus debilidades y de expresar reacciones de ira ante la insatisfacción de sus expectativas, devaluando a las personas percibidas como una posible amenaza para su autoestima, debido a lo cual presentan problemas sociales por la dominancia y venganza (Adorno, 1968). Su comportamiento se relaciona con una menor

integración del Yo rudimentario (infantil) que con el resto de la personalidad, debido a las situaciones de duplicidad inadecuada procedente de los padres (alabanza y el fomento excesivo de expresiones de aceptación que le hacen creerse «bueno», lo cual mantiene en la adultez). Se distingue por no ser consciente de las reacciones de los demás; es arrogante y agresivo, centrado en sí mismo; requiere ser el centro de atención, «transmitir no recibir» y ser impermeable a la idea de ser herido por los demás (Pincus & Wiggins, 1990; Kohut, 1971b).

2) El narcisista hipervigilante o vulnerable, ha sido considerado bajo múltiples etiquetas (hipersensitivo, vulnerable y encubierto) (Gabbard, 1989a; Gersten, 1991a; Akhtar & Thomson, 1982). Tiende a presentarse en forma de vergüenza, retraimiento y aparente empatía, rasgos que pueden ser justificados o asociados a distintos estilos de personalidad. Los estudios señalan que el *vulnerable* es menos capaz de utilizar el autoenaltecimiento para modular su autoestima y, por ello, a menudo depende de la retroalimentación externa para regularla (Burgemeester, 2013); sufren más ansiedad en el desarrollo de sus relaciones por la naturaleza débil de su autoestima. En algunos casos, la decepción e hipersensibilidad derivados de expectativas no alcanzadas provoca aislamiento y evitación (Wink & Donahue, 1997; Gabbard, 1989a y 2000; Gersten, 1991a; Akhtar & Thomson, 1982).

Pese a que el narcisismo *encubierto* tiene igual necesidad de atención que el *grandioso*, las fantasías de éxito y valía son menos conscientes y tienden a aparecer únicamente en las relaciones más estrechas (Cooper, 1998; Kohut, 1977b). Esta modalidad muestra un mayor sentido de vulnerabilidad, caracterizado por sensibilidad extrema, una regulación emocional ineficaz y sentimientos de inferioridad. Las dificultades de regulación emocional

se vinculan a una menor sensibilidad parental en las respuestas a la expresión emocional del niño durante la infancia, y tener como consecuencia una excesiva dependencia de mecanismos psicológicos de defensa inconscientes para la regulación del autoconcepto y las emociones (Kohut, 1977b; Gabbard, 1989b).

El *vulnerable* es muy sensible a las reacciones de los demás; se inhibe, es tímido o incluso desaparece; dirige la atención a los demás más que a sí mismo; evita ser el centro de atención; escucha a los demás con cuidado para resaltar la falta de respeto o crítica; se siente herido con facilidad; experimenta con facilidad sentimientos de vergüenza o humillación y con ello reta el diagnóstico (Gabbard, 1998; Gerszten, 1991b; Kernberg, 1975; Hendin & Cheek, 1997; Pistole, 1995).

## NARCISISMO MÉDICO

Es bien sabido que los médicos y el personal de salud (PS) asumen mucha responsabilidad y lo ha-

cen con competencia y amabilidad. A menudo, van más allá de proporcionar a sus pacientes atención de alta calidad. Hacen malabares con una multitud de responsabilidades profesionales y personales en forma creativa y admirable. Mientras tanto, cada uno aprende a adoptar una combinación única de mecanismos de confrontación para satisfacer las demandas cotidianas. Uno de esos mecanismos es el «narcisismo médico» (Banja, 2004). Cada miembro del PS debe convencerse a sí mismo de que «puede manejar y lograr cualquier situación». Algunos pueden, quizá, desarrollar fantasías de omnipotencia y sentimientos de «especialidad» para hacer frente a niveles altos de estrés, sin caer en el síndrome del impostor (Lane, 2013).

La pandemia por COVID-19 y sus variaciones han generado e intensificado la crisis de salud física y mental. Los investigadores estiman que 1 de cada 3 empleados desarrollará un trastorno mental en los próximos doce meses. En tal fuerza laboral, la responsabilidad recae cada vez más en el PS para ofrecer soluciones que aborden los actuales problemas



de salud psicofísica. El PS mental es escaso, si bien hoy día dispone de una plétora de nuevas opciones de manejo (herramientas digitales y la capacidad de acceder a la atención a través de la privacidad del hogar) (Casey, 2019). La tensión provocada por la pandemia, combinada con las demandas en los lugares de trabajo, han creado un punto de inflexión para las opciones terapéuticas de la salud integral. Se ha buscado la manera rápida y correcta de brindar apoyo. Muchas personas están dispuestas a usar tecnología (aplicaciones, módulos, chats y videos) para acceder a la ayuda, y con ésta, resolver incluso sus propias necesidades. Pero la tecnología, si bien es importante para ampliar la atención a personas afectadas respecto de las más leves, sólo llega hasta cierto punto para brindar ayuda efectiva a un paciente en crisis. Ahí es donde pueden ser necesarias intervenciones más intensivas *vis a vis* con el PS. Encontrar la combinación correcta de tecnología e interacciones en persona para abordar las necesidades únicas de cada individuo es primordial, y hoy ha incrementado su necesidad y reconocimiento.

El estudio de la conducta del PS ha descubierto que tal *narcisismo médico* representa: «La necesidad del PS dedicado a su propia atención y a preservar su autoestima, lo cual lleva al compromiso de la disseminación de los errores a los pacientes» (Banja, 2004). Si se observa este fenómeno desde los efectos psicológicos, éticos y legales de los errores del PS, se aprecia que el problema radica en la necesidad de afirmar continuamente la competencia y capacidad, que puede hacer inclusive que el PS más capacitado e incluso excepcional caiga en «trampas narcisistas». De hecho, la mayoría de los profesionales del PS —esto es muy trascendente— trabaja en el cultivo de un Yo que irradia autoridad, control, conocimiento, competencia y respetabilidad, a la par que teme lucir incompetente.

El mayor obstáculo a la reflexión crítica y la divulgación de errores es la *racionalización*. El TNP en

el PS se traduce en rigidez y en un «encierro» que impide algunas acciones capitales de su quehacer: No le permite dudar, equivocarse y aceptar errores; aceptar que se analice su conducta por un tercero, corregir los errores y aprender de ellos; verse inferior al paciente en ningún momento, ni aceptar los deseos de éste o tener empatía (percibir adecuadamente o imaginarse lo que siente el enfermo). Frente a ello, se usa lenguaje eufemístico; se compara la situación con asuntos peores; se tergiversa el caso con lenguaje positivo con una descripción para ocultar un resultado negativo, erigiendo una barrera más a la divulgación honesta o la autorreflexión objetiva; se busca deslindar las responsabilidades; se tolera el no poder hablar claramente de la praxis, so pena de la negativa de las compañías de seguros de retirar su apoyo; se reparten las fallas en el manejo, considerándolas «imposibles» de gobernar; se atribuye la responsabilidad y la culpa a los demás; se interpreta el problema como procedente de un caso atípico; se responsabiliza al paciente por su falta de cooperación u otras actividades.

Este asunto precisa hacer consciente la racionalización; ha de admitirse el error cuando lo sea. A ello debe seguir la reflexión, la crítica, el aprendizaje y, en última instancia, la oportunidad para mejorar la atención del paciente y en su caso, el uso del apoyo psicofarmacológico. No olvidar que se puede ser un digno miembro del PS pese a cometer errores involuntarios o la subestimación de la ineffectividad, que invitan a aprender de ello (Spence, 2021).

En forma complementaria, la contratransferencia del PS puede ayudar a formar un diagnóstico. A menudo, las personas con TNP presentan sentimientos de ser halagados o admirados, o en el otro extremo, tener sentimientos de insuficiencia y baja autoestima. Existe un extenso trabajo en la comprensión de estos sentimientos descritos como «contratransferencia» en el PS. Siempre debe considerarse que es relevante prestar atención

a los sentimientos evocados por un paciente (Betan *et al.*, 2005; Tanzilli *et al.*, 2017). Asimismo se encuentra en el PS una escasa capacidad de tolerar y comprender a tan difíciles pacientes (Kapusta *et al.*, 2018). El TNP del paciente, visto como patología extrema de alteraciones de la personalidad, afecta al PS de cualquier área, quienes con frecuencia no saben lidiar adecuadamente con estos individuos e igualmente colaboran a una mala relación PS-paciente, indispensable para el abordaje adecuado de las alteraciones de salud que motivan las consultas (Kohut, 1971a; Ogrodniczuk *et al.*, 2009).

Cuando se trata de psicoterapia, es típico que el profesional desde el inicio capte que el paciente carece de interés en explorar la relación terapéutica. La exploración de cómo se siente el paciente hacia el clínico puede vivirse por aquél como irrelevante para sus preocupaciones, o molesta. Puede concluir que el terapeuta explora eso por su propia necesidad de reaseguramiento (lo que puede ser una proyección, incluso siendo verdad), pero el paciente no lo suele verbalizar. Esto no significa que no sienta reacciones fuertes hacia el PS, puede devaluarlo o idealizarlo intensamente, pero no está interesado en el significado de esas reacciones y se siente confuso si el terapeuta pregunta sobre ellas. Sus transferencias pueden ser tan egosintónicas como inaccesibles a la exploración. Así, un paciente puede creer que devalúa al PS porque objetivamente es de segunda categoría, o que lo idealiza porque es objetivamente maravilloso, y los esfuerzos al principio de la terapia para analizar estas reacciones son infructuosos, porque el terapeuta denigrado será vivido como defensivo, o el idealizado, como incluido en una admirable humildad. Tanto la situación de ser devaluado como la de ser idealizado son frustrantes para el terapeuta cuando siente que su existencia como ser humano que intenta ayudar es extinguida y, de hecho, esta contratransferencia, de hacerse invisible como persona real, es señal para

un diagnóstico de probable dinámica narcisista en el paciente.

Existen contratransferencias de aburrimiento, irritabilidad, sueño y un sentido vago de que «no está ocurriendo nada en el tratamiento». También puede haber una contratransferencia de expansión grandiosa, pero a menos que el terapeuta sea él mismo de personalidad narcisista, esas reacciones no duran mucho. Todo esto se relaciona con la clase especial de transferencia típica de las personas narcisistas, más que proyectar un objeto interno —como un padre en el terapeuta—, externalizan un aspecto de sí mismo, bien la parte grandiosa o la parte devaluada de su Self, no como una persona plenamente separada, que siente al paciente como una figura del pasado bien delineada. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas pueden tolerar estas transferencias y desarrollar empatía a partir de estas reacciones internas una vez que las entienden como rasgos esperables del trabajo con estos pacientes y cualquier otro.

Lo que siente el PS es reflejo inevitable de las preocupaciones del paciente sobre su propia autoestima. Estudios diversos demuestran que el PS que trata pacientes con TNP mostró sentimientos negativos de contratransferencia de desconexión y de sentirse criticados o maltratados (Tanzilli *et al.*, 2015). La evaluación de tales fallas se realiza detalladamente por instrumentos de investigación *ad hoc* (Vater *et al.*, 2013). Pero su aplicación siempre será más conveniente cuando ocurre en manos especializadas. Por ello, se recomienda al evaluar y manejar al paciente con TNP: favorecer el ambiente de trabajo; esperar largos relatos de su vida; establecer al inicio cómo y por qué habrá interrupciones; anticipar respuestas negativas y alta sensibilidad; evitar desafíos; empatizar sin coludirse y reflexionar sobre las reacciones contratransferenciales (Tanzilli *et al.*, 2017). Este asunto se trata con mayor profundidad en la segunda parte del artículo.

**FUENTES**

- Adorno T. (1968). *Sociology and psychology*. New Left Review. 47:67–80.
- Akhtar S & Thomson JA. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American J. Psychiatry*, 139:12-20.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Banja J. (2004). *Medical errors and medical narcissism*. Jones & Bartlett Learning.
- Bateman A. (1998). Thick and thin-skinned organizations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International J. Psychoanalysis*, 79: 13–25.
- Betan E, Heim AK et al. (2005). Countertransference phenomena & personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry*. May 162(5):890-898.
- Bowlby J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American J. Orthopsychiatry* 52(4), 664-678. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.
- Burgemeester A. (2013). Is narcissism genetic? May 17. [www.livestrong.com/article/129955-causes-narcissistic-personality-disorders/](http://www.livestrong.com/article/129955-causes-narcissistic-personality-disorders/).
- Casey S. (2019). PA-C. How doctors become medical narcissists. St. Joseph Hospital Adult Medicine/Nashua Medical Group Kevin. MD.com.
- Cooper A. (1988). Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder. In E. Ronningstam (ed.), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*, 53-74. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Dickinson KA & Pincus AL. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J Pers Disord*. June; 17(3):188-207.
- Ellis H. (1898). Autoeroticism: a psychological study. *Alienist and Neurologist*. 19: 260–99.
- Ey H, Bernard P & Brisset Ch. (1974). *Traité de psychiatrie*, 6e édition; Toray-Masson S.A., Barcelone.
- Freud S. (1914). About Narcissism. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. Ed. Strachey J. 67–102. Hogarth Press.
- Gabbard GO. (1989a). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin*, 53:527-532.
- Gabbard GO. (1989b). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin*, 53:527-532.
- Gabbard GO. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In EF. Ronningstam (Eds), *Disorders of Narcissism*. Washington DC: American Psychiatric Press. 125-145.
- Gabbard GO. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *J Psychother Pract Res*. Winter; 9(1):1-6.
- Gersten SP. (1991a). Narcissistic personality disorder consists of two subtypes. *Psychiatr Times*, 8:25-26.

- Gersten SP. (1991b). Narcissistic personality disorder consists of two subtypes. *Psychiatr Times*, 8, 25-26.
- Hendin HM & Cheeck JM. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcissism Scale. *J. Research in Personality*, 31:588-599.
- Horney K. (1939). *New forms in psychoanalysis*. Horton.
- Kapusta ND, Jankowski KS et al. (2018). Measuring the Capacity to Love: Inventory Development CTL. *Front Psychol.* Jul. 24.
- Kernberg O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg O. (2000). Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies. *J Psychiatry of Uruguay*. August; 64(2):336-351.
- Kernberg OF. (1984). *Serious personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kohut H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders *Psychoanalytic Study of the Child*. 23:86-113.
- Kohut H. (1971a). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. 1971. International Univ. Press.
- Kohut H. (1971b). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. Intl. Univ. Press.
- Kohut H. (1977a). *The restoration of the Self*. New York: international Universities Press.
- Kohut H. (1977b). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: Intl Univ Press.
- Kohut H. (1984). How does psychoanalysis cure? In Goldberg A; Stepansky P. Eds. Chicago University of Chicago Press.
- Lane S. (2013). You've made a mistake...Now what? 2013. <http://intensivecare-network.com/lane-stuart-you've-made-mistake-now/>.
- Levy KN, Ellison WD & Reynoso JS. (2011). A historical view of narcissism and narcissistic personality disorder. In: *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Eds. Campbell WK; Miller JD.: 3-13. John Wiley & Sons.
- Lingiardi V; McWilliams N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2)*. The Guilford Press.
- Mayo Clinic Family Health Book. (2020). *Narcissistic personality disorder*. 5th edition. May 19.
- Nenadic I, Güllmar D *et al.* (2015). Brain structure in narcissistic personality disorder: a pilot study of VBM and DTI. *Psychiatry Res.* 28 February; 231(2):184-6.
- Ogrodniczuk JS, Piper GE *et al.* (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among outpatient psychiatric patients. *J. Psychiatry Res.* Jun; 43(9):837-42. DOI: 0.1016/j.jpsychires.2008.12.005.
- Otway LJ & Vignoles VL. (2006). Narcissism and childhood memories: a quantitative test of

- psychoanalytic predictions. *Pers Soc Psychol Toro*. January; 32(1):104-16.
- Pincus AL & Wiggins JS. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *J. Personality Disorders*. 4: 342-352.
- Pistole MC. (1995). Adult attachment style and narcissistic vulnerability. *Psychoanalytic Psychology*, 12:115-126.
- Rank O. (1911). A contribution to narcissism. *Jarhbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 3: 401-26.
- Reich W. (1949). *Charakteranalyse. Character Analysis*. 3rd. ed. (translation VR Carfagno). Farrar, Straus y Giroux.
- Ronningstam E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. January; 26(1):102-6.
- Schulze L, Dziobek I *et al.* (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *J Psychiatry Res*. October; 47(10):1363-9.
- Segal H. (1997). Some implications of Melanie Klein's work: Emergence from narcissism. In J. Steiner (ed.), *Psychoanalysis, literature and war*, 75-85. London: Routledge.
- Smolewska KA, McCabe SB & Woody EZ. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and Big Five. *Personality and Individual Differences*. 40:1269-1279.
- Souza y Machorro M. (2018). *Alcohol y personalidad*. México: Editorial Alfil.
- Spence J. (2021). Mental health and the balance between technology and the human touch. St. Joseph Hospital Adult Medicine/Nashua Medical Group Kevin. MD.com.
- Tanzilli A, Colli A *et al.* (2015). Emotional response of the clinician towards narcissistic patients: a preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Result*. 18:1-9.
- Tanzilli A, Muzi *et al.* (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: empirical research. *Psychotherapy*. Jun 54(2):184-194.
- Twenge JM & Campbell WK. (2009). The epidemic of narcissism: living in the age of law. Free Press.
- Vater A, Schröder-Abé M *et al.* (2013). The Narcissistic Personality Inventory: A Useful Tool for Assessing Pathological Narcissism? Evidence from patients with narcissistic personality disorder. *J Pers Evaluate*. 95(3):301-8.
- Wink P & Donahue K. (1997). The relation between two types of narcissism and boredom. *J. Research in Personality*. 31:136-140.
- Wink P. (1991) Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol*. 61:590-597.
- Winnicott DW. (1960). Distortion of the ego in terms of true and false self. In: *The maturing processes and the facilitating environment*. 140-52. Routledge. Reprinted 2018.
- Wolfe T. (1976). The decade of the «I» and the third great awakening. *New York Magazine*, August 23: 26-40.
- World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems ICD-11*. Geneva.



# La personalidad narcisista y el personal de salud (2ª parte)

Dr. Mario Souza y Machorro\*

.....  
\*Médico psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, el Consejo Mexicano de Psiquiatría y la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES.  
.....

*La tarea de buscar, revisar, traducir, sintetizar, adecuar e interpretar la información de vanguardia para llevarla a sus lectores a través del periodismo científico, es donde su divulgación cobra valor.*

(PERIODISMO CIENTÍFICO Y SALUD/ENFERMEDAD MENTAL. REVISTA DE LA ACADEMIA MEXICANA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. 2020; 1(9):252-259)

M. SOUZA Y M.

## RESUMEN

El periodismo científico de este artículo, propio para estudiantes y profesionales de medicina y otras carreras de la salud, en su segunda parte, trata sobre el trastorno narcisista de la personalidad (TNP), su diagnóstico diferencial, recomendaciones terapéuticas, complicaciones, pronóstico y lineamientos para el abordaje terapéutico. Se concluye con señalamientos dirigidos a la deseable consolidación comunitaria de la salud mental.

**Palabras clave.** *Trastorno narcisista de personalidad, clínica y diagnóstico diferencial, complicaciones y recomendaciones terapéuticas, salud mental*

## ABSTRACT

The scientific journalism of this own article for students and professionals of medicine and other health careers, in its second part, deals with Narcissistic Personality Disorder, NPT, its differential diagnosis, therapeutic recommendations, complications, prognosis and guidelines for the therapeutic approach. It concludes with indications aimed at the desirable community consolidation of mental health.

**Keywords.** *Narcissistic Personality Disorder. Clinical and differential diagnosis. Complications and therapeutic recommendations. Mental health*

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

De acuerdo con el DSM-5, los diagnósticos más frecuentes para diferenciar el trastorno narcisista de personalidad (TNP) son los trastornos de personalidad incluidos en el grupo B (antisocial, histriónico y límite) (WHO, 2018). Las personas con TNP no muestran signos claros de impulsividad ni autodestructividad asociados al trastorno límite de personalidad (TLP). Del mismo modo, las respuestas emocionales aparentes se asocian al trastorno histriónico de personalidad (THP). El TNP es más similar al trastorno antisocial de personalidad (TAP), por la clara carencia de empatía y su encanto superficial. Pero las personas con TAP mostrarían más clara su ausencia de moral en comparación con los TNP y tendrían un diagnóstico anterior de trastorno de conducta; TAP, THP, TLP; trastorno depresivo mayor; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno afectivo inducido por sustancias psicotrópicas (legales e ilegales) y, en algunos casos, tendencias suicidas o episodios consumados. Aunque continúa siendo difícil de establecer, deben considerarse los demás TP, como el TAP y la psicopatía, documentada en su superposición conceptual. Se asume, por ejemplo, que la psicopatía es la forma maligna de narcisismo, caracterizada por TNP, rasgos antisociales, paranoides y sadismo (WHO, 2018). Sin embargo, ni el TNP ni la psicopatía se reconocen como nosografía formal, sólo están incluidos en la categoría más amplia del DSM del TAP, el TP más común comórbido con TNP.

El TNP *vulnerable* puede presentar ciertas características comunes del TLP y del trastorno evitativo de la personalidad (TEP) (Freud, 1914; Levy *et al.*, 2011). En cuanto al diagnóstico diferencial del TLP, la labilidad emocional que aparece en el TNP *vulnerable* está influida por sus dificultades del manejo de su autoestima y frustración, mientras que en el TLP resulta de necesidades no realistas (un

cuidador fuerte que regule su temor a la independencia) (Levy *et al.*, 2011). Mientras en el TNP *inconsciente* suele estar presente un «yo grandioso» y cierta incapacidad de aceptar la dependencia, en el TLP el concepto de «sí mismo» sería más estable, con tendencia a establecer relaciones de dependencia (Levy *et al.*, 2011). En tanto que el portador de TLP habría sufrido durante la niñez el detenimiento de ambas fases del proceso de separación-individuación (indispensable para la vida adulta independiente), el paciente narcisista habría sufrido una disociación entre la fase de acercamiento (que pudo alcanzar a desarrollarse) en tanto mantiene bloqueada la fase de separación (Reich, 1972; Mahler, 1980).

Por otro lado, entre los rasgos descritos del TEP existen aspectos superpuestos al TNP *vulnerable*, como la tendencia a manifestar vergüenza o temor en las relaciones, el temor a ser humillado, rechazado o avergonzado. En el caso del TNP *vulnerable* puede haber evitación de las relaciones, aunque dirigida a protegerse de la decepción y vergüenza ante las expectativas incumplidas de los demás, en contraste con los miedos al rechazo social o proporcionar una impresión negativa, típicos del TEP. Cuando a una persona no le preocupa la posibilidad de ser criticado, se hace notar por su alto tono de voz, exagerando a menudo sus logros y capacidades ante sus amigos y compañeros. Carece de empatía, es arrogante, soberbio, explota a los demás en su beneficio y cree que los demás le envidian, tales características hacen pensar que la persona puede presentar un TNP en cualquiera de sus versiones: *inconsciente o grandioso*.

Dado que cualquier TP puede mostrarse en ocasiones como un carácter narcisista, puede sobre-diagnosticarse. Es importante reconocer que las implicaciones terapéuticas del diagnóstico del TNP refieren a sus características diferenciales respecto de otros TP, de ahí que la primera diferenciación

necesaria es entre el TNP y las reacciones narcisistas. Cualquier persona, sin serlo, puede tener una reacción narcisista, como perturbaciones narcisistas secundarias o defensas narcisistas en ciertas situaciones, distinguibles por los datos de la historia clínica y el sentimiento transferencial (Winnicott, 1960; Kohut, 1971).

Los TNP ante las personalidades psicopáticas no responden a la relación empática, porque no entienden la compasión y la desprecian al interpretarla como una señal de debilidad. Un TNP *depresivo* puede ser malentendido como TP Depresivo. La diferencia es que la gente narcisista deprimida se siente vacía, mientras que las personas depresivas con psicología introyectiva de tipo culposo están subjetivamente llenas de internalizaciones críticas y agresivas. El TNP depresivo se siente sin un Self sustancial; el melancólico depresivo siente que su Self es real pero irremediamente malo e inadecuado o insuficiente.

Confundir un TNP con un trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad es fácil debido a la atención hacia el detalle que forma parte del perfeccionismo. Los narcisistas se sienten vacíos más que enfadados, no hacen muchos progresos en la terapia enfocada a la lucha por el control y la culpa sobre la agresividad. Se sienten malentendidos y criticados, en especial cuando el terapeuta se dirige a temas que no son centrales para ellos.

Las personalidades histéricas, frente a las narcisistas, ocurren más en las mujeres, que usan sus defensas narcisistas, como el exhibicionismo y la idealización en su relación con los hombres, que cambia rápidamente a devaluación, y pueden ser malinterpretadas como TNP. Pero sus preocupaciones sobre el Self son específicas del género y provocan ansiedad más que vergüenza y, fuera de sus áreas conflictivas —a determinar—, pueden ser cálidas, capaces de amar y de ningún modo vacías.

Es importante diferenciar los requerimientos terapéuticos de ambos grupos: los pacientes histéricos mejoran con la atención a las transferencias de objeto, mientras que los narcisistas requieren una apreciación de los fenómenos objeto-Self mencionados (Winnicott, 1960; Kohut, 1971).

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Se presentan a continuación las siguientes observaciones prácticas, procedentes de materiales y experiencia clínica documentada.

- 1) No se ha establecido ningún tratamiento farmacológico específico para los portadores de TNP (Kernberg, 1984; APA, 2013). Este trastorno es comórbido de los trastornos depresivos y, si bien no hay evidencia de actividad terapéutica efectiva en su manejo farmacológico, la habitual comorbilidad ansiosa, depresiva, bipolar o psicótica, adictiva por consumo de sustancias —psicotrópicas o prescritas—, etcétera, deben tratarse cada una adecuadamente en su propio derecho.

El tratamiento de esta entidad es la psicoterapia, pero tales modalidades deberán aceptar el manejo farmacológico, en su caso, acorde con la comorbilidad. Debido a que los pacientes son a menudo sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos, en especial si afectan o temen que exista tal afectación de su función sexual o capacidad intelectual, a un lado de su rechazo inmediato, ante la sola idea de «someterse a tomar medicinas» —hecho frontal contra su condición percibida—, se reduce el apego a tratamiento. No existen medicamentos específicos aprobados por la FDA, pero muchos de tales pacientes pueden beneficiarse del manejo de los síntomas de ansiedad, depresión, labilidad del estado anímico, psicosis transitoria y problemas de control de impulsos, entre otros. Se han

utilizado ansiolíticos solos o combinados con antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina e inhibidores mixtos de recaptura de serotonina-norepinefrina). Los antipsicóticos como la risperidona han demostrado beneficios en algunos de ellos. Otros pacientes han recibido con cierto éxito lamotrigina como estabilizador del ánimo. En complementariedad, un estudio demostró el efecto positivo de la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (Lingiardi & McWilliams, 2017). A la par, se ha examinado el impacto del TNP en la relación psicoterapéutica (APA, 2013; Segal, 1997), donde lo capital es ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación sin inflar su Self, ni devaluar a las demás personas.

- 2) Debe iniciarse el manejo con *paciencia*, debido al aburrimiento y desmoralización que puede acompañar a una psicoterapia larga con este tipo especial de contratransferencia.
- 3) Se reconocen dos abordajes psicodinámicos: a) el primero enfoca la causa entre la *maduración normal* y las dificultades en la resolución de las necesidades normales de idealizar y desidealizar (Mayo Clinic Family Health Book, 2020; Ey *et al.*, 1974); b) el segundo considera la causa como problema de tipo *estructural*, es decir, que «algo en las funciones mentales» ha sido afectado desde muy temprano, dejando a la persona limitada a sus defensas primitivas, diferentes a las que normalmente usan los demás.
- 4) Los abordajes para el TNP parten de: a) la aceptación de la idealización y devaluación; la empatía con la experiencia del paciente; el permanecer cerca de su experiencia subjetiva (Kohut, 1971; Adler, 1927); b) la confrontación con tacto, pero insistente en la *grandiosidad* del paciente, sea de sí mismo o proyectada, e interpretar sistemáticamente las defensas contra la envidia

y la avaricia, y oscilar entre adoptar la posición externa e interna (Rank, 1929; Bion, 1967).

- 5) Se ha considerado que la primera aproximación (aceptación de la idealización y devaluación) funciona mejor con los pacientes más graves del rango límite-psicótico. Las sugerencias para la identificación y manejo posterior son:
  - i) Paciencia y aceptación de las imperfecciones humanas que hacen tedioso el proceso terapéutico y su progreso, porque contrastarán con lo que el paciente ha internalizado.
  - ii) Mostrar actitud humana y realista, en vez de crítica y omnipotente.
  - iii) La humildad es especialmente importante al tratar un paciente narcisista, para que incorpore una actitud realista no enjuiciadora de sus fragilidades.
  - iv) Prestar atención al reconocimiento de los errores en tanto PS, en especial los de la empatía que inevitablemente se cometen.
  - v) Disculparse, confirma la percepción del paciente del maltrato (valida su sentimiento) y brinda ejemplo de mantener la autoestima al admitir los fallos.
  - vi) Favorecer que no se sea muy autocrítico cuando se reconocen los errores. Si el paciente ve al terapeuta con mucho remordimiento, el mensaje afirma que los errores son raros y requieren una rígida autocensura, lo cual coincide con la propia psicología narcisista.
  - vii) Se considera imprescindible la recomendación sobre los frecuentes procesos de «ruptura y reparación» propios de estos procesos analíticos, que aparecen a lo largo de la



terapia (Winnicott, 1960; Gabbard, 2017). Se sabe, por ejemplo, que los procesos psicoterapéuticos que se rompen y reestructuran son mejores que aquellos que nunca lo hacen, lo cual se refleja también en las relaciones humanas de otros tipos.

- viii) Realizar constante atención plena al estado del Self latente del paciente, sin importar cuán abrumador pueda ser.
- ix) Como incluso el narcisista más arrogante sentirá vergüenza ante la crítica, el terapeuta debe tener cuidado de intervenir con sensibilidad.
- x) Es capital para el manejo la discriminación entre vergüenza y culpa.
- xi) Al tener una autoestima muy frágil, al paciente le puede resultar muy difícil recono-

cer su papel como algo negativo; ocultará sus errores y se ocultará asimismo de quienes los descubran.

- xii) Esto puede inducir en el PS una actitud de confrontación no empática de su propia contribución a tales dificultades, o bien una tendencia a unirse al lamento del paciente sobre el maltrato que recibe de los demás a través del PS. Ninguna de las dos posiciones es terapéutica, aunque la segunda pueda ser temporalmente paliativa para alguien muy mortificado.
- xiii) Cuando la devastación por las imperfecciones es visible, el paciente tiende a justificarse. Entonces el terapeuta se enfrenta a la tarea de expandir la conciencia del narcisismo del paciente, sin que, por otro lado, estimule demasiado la vergüenza como para que deje el tratamiento o se retire emocionalmente.

- xiv) Es descollante el hecho de instruir al paciente sobre la necesidad de articular ante los otros sus propias necesidades, debido a que el paciente se lamenta de no ser atendido, pero no se da cuenta de que, al considerar vergonzoso el pedir —prerrogativa de muchas personas—, pierde oportunidades de tener nuevas experiencias sobre la interdependencia humana.
- xv) Puede ser difícil para el terapeuta saber con qué personaje de la vida del paciente lo está relacionando en su papel de transferencia objeto-Self.
- xvi) Es necesario entonces que el paciente se percate claramente de que, a pesar del sentimiento contratransferencial de que uno no significa nada para el paciente, con frecuencia el sujeto narcisista lo necesita más que la gente sin déficit de autoestima.
- xvii) Incluso el paciente más arrogante evidencia más dependencia del terapeuta por su vulnerabilidad, cuando éste es poco sensible.
- xviii) El abordaje del narcisismo requiere sensibilidad y agudeza para el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y, en consecuencia, su manejo.
- xix) La consideración del narcisismo, como un asunto de dos extremos, estima que el déficit suele conllevar defensas, por lo que es frecuente que en un mismo sujeto se muestren estados *grandiosos* y *deficitarios* a la vez.
- xx) No por reconocer las «dos caras» que muestra el TNP se debe dejar de reconocer que ambas caras no tienen igual peso, lo cual incluye los trastornos depresivos o de ansiedad.

Es decir, los pacientes con TNP *grandioso* pueden presentar un estado de ánimo elevado y más energía cuando se incitan con una nueva idea, que puede apuntar a un cuadro hipomaniaco/maníaco. Sin embargo, el aspecto de la personalidad sería prominente en su interacción con los demás.

En el otro extremo, los pacientes con TNP *vulnerable* pueden presentar características de distimia, depresión y anhedonia. No obstante, la grandiosidad y la necesidad de admiración serían prominentes a pesar de los síntomas depresivos, lo que lo diferenciaría de un trastorno depresivo mayor. Debido a la característica central del TNP, la lucha por formar relaciones íntimas es una barrera significativa para el resultado positivo del tratamiento y promueve la incapacidad potencial de estos pacientes para formar una relación segura y de confianza con su terapeuta y el resto del PS. Se ha documentado que los pacientes con TNP tienen las tasas más altas de abandono de tratamiento (Mayo Clinic Family Health Book, 2020; Ey *et al.*, 1974).

En el curso de la terapia, el paciente puede mostrar expectativas egosintónicas de conseguir un Self perfecto, más que tolerar los fracasos y buscar modos más efectivos de manejar la subjetividad de sus necesidades. Las demandas de perfección se expresan en crítica crónica del Self o de los otros y puede ser incapaz, incluso, de encontrar disfrute entre las ambigüedades de la existencia. Puede intentar solucionar su problema de autoestima uniéndose a alguien a quien infla y creando una identificación con esa persona, que se derrumba tarde o temprano al aparecer la imperfección.

El tratamiento para los TP se desarrolló para brindar servicios psicológicos a las personas con consumo de sustancias o problemas similares, TCS y, por extensión, se ha continuado con éxito. Destacan en

la técnica psicoterapéutica las siguientes pautas de acción consideradas *grosso modo*: i) retroalimentación; ii) responsabilidad; iii) consejo; iv) menú de estrategias; v) empatía; vi) autoeficacia. Todas ellas están dirigidas a maximizar la probabilidad de cambio de comportamiento con base en el progreso terapéutico (Gabbard, 2017). Ambos, psicoterapeuta y paciente, deben llevar a cabo las siguientes funciones y responsabilidades:

- 1) Acordar al inicio el desarrollo de la función de cada uno; respetar el trabajo acordado y los límites en términos de entorno, confidencialidad, tiempo de las reuniones, duración de las sesiones y su frecuencia, honorarios, citas perdidas, emergencias, etc.; respetar el espacio y la tarea de la psicoterapia como técnica que guía. El marco psicoterapéutico de referencia es la «constante» en la que el proceso habrá de desarrollarse, incluidas sus variaciones, que pueden emerger. Un marco claro proporciona la retención y la contención necesarias para comprender la transferencia, regresión, promulgaciones del paciente y para que surjan fuertes efectos de amor y odio y sean examinados en una atmósfera de seguridad. La ética profesional es un referente decisivo para contener los propios límites, en especial para el paciente difícil de tratar. El marco en el que se desarrolla el tipo de psicoterapia utilizado se convierte en un lugar de acción para muchos pacientes difíciles de tratar; se espera que ahí se ventile la agresión y la transgresión. El paciente difícil debe permanecer integrado a un sistema de justicia legal de tratamiento con opción a modificar la operación del sistema para cambiar, de ser necesario, el manejo inicial acordado. Es importante comprender las presiones de ese sistema sobre el marco teórico de referencia y sus diversos significados. Los pacientes pueden dañarse aun bajo tratamiento, cuando no respetan los papeles, tareas o límites prescritos o no, cuando no se encuentran suficientemente atendidos, lo cual puede crear pacientes aún más resistentes al tratamiento.
- 2) El papel del psicoterapeuta es entablar una relación profesional con un paciente que tenga como objetivo comprender sus conflictos, defensas, motivaciones y las dinámicas inconscientes, a medida que emergen en la transferencia y la relación terapéutica. Ello precisa un actuar éticamente con honestidad y buena fe dentro de los límites profesionales de la relación. Conocer los papeles accesorios al tratamiento (prescripción, manejo del terapeuta familiar, abogado defensor, trabajo de casos, contactos colaterales como escuelas, abogados, custodia, entre otros).
- 3) El papel esperado del paciente es tratar de decir todo lo que se le ocurra sin censura; asistir a las sesiones a tiempo, respetar el final de la sesión, pagar la cuota según lo acordado, inhibir la actuación sobre impulsos autodestructivos y acordar llevar impulsos y acciones autodestructivas a la terapia para comprender los significados.
- 4) La tarea de la psicoterapia psicodinámica es comprender y abordar las fuentes del sufrimiento del paciente atendiendo a la evaluación e identificación de problemas y fortalezas, así como objetivos de tratamiento mutuamente acordados; sentimientos inconscientes, recuerdos, formas de relacionarse con los demás, conflictos, dinámicas familiares, relaciones internas con objetos, transmisión intergeneracional inconsciente de trauma y conflicto.
- 5) La relación terapéutica, que incluye la génesis y mantenimiento de la alianza, los lugares de colaboración, rebelión, sumisión, destructividad, resistencia, amor, odio, dependencia y los límites, son necesarios para crear un «espacio activo de ensayo» seguro y protegido, para que

los sentimientos, sensaciones, pensamientos, percepciones, recuerdos, identidades, pueden ser examinados y realizados al servicio del aprendizaje en la mente del paciente. De acuerdo con ella, se establece entre ambos el lugar para las sesiones, su duración y técnica de realización. Confidencialidad del entorno, ausencia de contacto físico, divulgación limitada por parte del terapeuta, cuestiones de asimetría y poder dentro de la relación terapéutica, ausencia de cualquier forma de contacto sexual, contacto físico limitado de cualquier tipo, lenguaje respetuoso y estilo de comunicación, vestimenta adecuada, uso juicioso de la autodivulgación, esfuerzos apropiados para proteger la privacidad y mantener el privilegio de la confidencialidad, abstinencia de transacciones comerciales, exceptuando la tarifa por el servicio brindado; limitaciones en los regalos hacia o desde los pacientes. Se debe considerar que los cruces o violaciones de límites pueden ser interrupciones benignas e incluso útiles. Las rupturas explotadoras generalmente ocurren de forma aislada, son menores y atenuadas en la mayoría de los casos, para ser discutibles en terapia o bien desalentadas, pero lo importante es que no deben causar daño al paciente (Gabbard, 2017; Tillman, s/f).

Cada estrategia deberá de crear una estructura en la que el PS limita el impacto de la transferencia y contratransferencia en el proceso, a efecto de centrarse en una dinámica orientada a la relación, apoyada en el establecimiento de límites fuertes y apropiados y la minimización de la canalización del caso a otros servicios (APA, 2013). Una vez establecido el diagnóstico, deben discutirse sus retos a futuro y la sintomatología concurrente (Searight, 2007; Miller & Sanchez, 1994; Kacel *et al.*, 2017). Algunos autores se han centrado en la terapia a largo plazo y en explorar la relación entre un terapeuta y un paciente, que sigue siendo un tratamiento

establecido para las personas con TNP (Miller & Sanchez, 1994).

La psicoterapia psicodinámica se centra en las defensas presentes durante las sesiones (Miller & Sanchez, 1994; Kacel *et al.*, 2017; Kohut, 1984; Meyers & Pilkonis, 2011). Muchos terapeutas han abogado por la terapia continua para los pacientes con diagnóstico de TNP para reducir las visitas al departamento de emergencias y la incidencia de autolesiones. Cabe destacar que los estudios realizados se centran más en el TLP, sin embargo, los hallazgos de éste pueden extenderse a otros TP. Dado que las personas con TNP a menudo pueden ser provocadas por su percepción de ser tratadas equívocamente por otro, sus propias emociones hacia las personas son esenciales (Kernberg *et al.*, 2008).

La terapia centrada en el esquema es relativamente nueva y se centra en formas alternativas de terapia cognitivo-conductual, incluida la activación de los sentidos emocionales (Dieckmann & Behary, 2015). A través de distintos enfoques, se ha documentado que las estrategias y técnicas comunes son útiles (Yakeley, 2018), como la necesidad siempre útil de construir una Alianza Terapéutica (AT) positiva (Kernberg, 2000; Livesley, 2012). No obstante, ambos, paciente y terapeuta, deberán enfrentar y vencer sus principales retos en esta clase de abordaje, como: a) la terminación prematura del tratamiento o su abandono súbito; b) sensibilidad a los cambios en el desarrollo de la vida, por lo que deben vigilarse los eventos repentinos o drásticos que pueden interrumpirlos (matrimonio, parto, envejecimiento, fallecimiento de familiares u otros) y en especial los eventos que interrumpan la AT; c) rechazo al diagnóstico, en particular por sus características de grandiosidad, sentido de derecho (prepotencia) y falta de empatía; d) sensibilidad a sentirse culpado, criticado y tratado injustamente; e) la escasa tolerancia afecta

especialmente de los sentimientos de vergüenza, humillación y vulnerabilidad; f) deseo de complacer o impresionar al terapeuta o imitar sus puntos de vista, sin evidencia de cambio terapéutico; g) buscar terapia después de varios tratamientos previos fallidos; h) ideación, gestos y comportamiento suicida; i) ganancia secundaria de los síntomas; j) características agresivas antisociales o psicopáticas que se asocian a un peor pronóstico; k) presencia de sentimientos transferenciales negativos hacia el médico o personal de salud (PS) tratante que pueden conducir a respuestas inadecuadas de tipo contratransferencial, inútiles o punitivas como excluir al paciente del tratamiento (Kernberg, 2014).

Se han desarrollado y defendido varias modalidades y estrategias de tratamiento específicas para las personas con TNP, pero ninguna ha sido documentada sólidamente para determinar su eficacia, y aunque hay evidencia empírica emergente de su efectividad, ninguna modalidad ha demostrado ser superior a otra (Smolewska *et al.*, 2006; Cukrowicz *et al.*, 2011; Ronningstam, 2014). Si bien los manejos psicoterapéuticos del TNP se desarrollaron a partir de dos tradiciones principales: la psicoanalítica/psicodinámica y la cognitivo-conductual, estos enfoques difieren en sus modelos teóricos, paradigmas y marcos distintos, pero comparten ciertas técnicas e intervenciones terapéuticas (Cukrowicz *et al.*, 2011). con las que se ha alcanzado el éxito posible que permiten los pacientes.

La psicoterapia psicodinámica se basa en principios psicoanalíticos dentro de un marco teórico más amplio que captura experiencias relacionales, interpersonales, intersubjetivas y encarnadas, tanto procedentes del mundo social como del mundo interno. En la mayoría de las modalidades psicoterapéuticas, el tratamiento es una terapia del tipo «uno a uno». Sin embargo, la terapia de grupo puede ser efectiva contra las dificultades relacionadas con la

vergüenza, dependencia, autosuficiencia, desprecio y envidia de los demás, aunque los individuos altamente narcisistas pueden llegar a dominar o al menos a interrumpir el funcionamiento de los grupos y competir con el terapeuta para ser el líder del grupo (Ronningstam, 2014).

Es importante que al tratar a los pacientes:

- 1) Se faciliten las condiciones de audiencia para el desempeño del paciente.
- 2) Hacer acopio de paciencia para tolerar los relatos que surgirán.
- 3) Establecer las bases de la entrevista desde el inicio.
- 4) Prever, asimismo, las posibles respuestas negativas y críticas recibidas, o los comentarios que puedan interpretarse como irrespetuosos o generen sentimiento de vergüenza y humillación.
- 5) No retar al paciente a pesar de que se mantenga exhibiendo y expresando actitudes negativas.
- 6) Debe de mantenerse la empatía —pero sin coludirse con lo que el paciente diga.
- 7) Es capital para el manejo reflexionar sobre la producción de reacciones negativas contratransferenciales, teniendo cuidado de no revelarlas durante la entrevista.

La psicoterapia psicodinámica más destacada que ha sido diseñada específicamente para el tratamiento del TNP es la psicoterapia centrada en la transferencia (Giesson-Bloo *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2013; Beck *et al.*, 1990). Desarrollada inicialmente para el trastorno límite, se basa en la teoría de las relaciones objetales y su técnica se dirige a la exploración de la agresión, envidia, grandiosidad y actitud defensiva del paciente. Las interpretaciones pretenden descubrir la transferencia negativa, desafiar las grandiosas defensas patológicas del paciente y explorar su sensibilidad a la vergüenza y la humillación; la transferencia se utiliza como una herramienta para comprender la proyección del paciente de aspectos inaceptables de sí mismo. Esta psicoterapia mejora el funcionamiento sin-

tomático y reflexivo en el TLP y en los pacientes con TNP más graves. Se utiliza con una técnica menos interpretativa y más de apoyo (Clarkin *et al.*, 2007).

Los enfoques cognitivo-conductuales, por otra parte, ofrecen varias modalidades para el tratamiento del TP desde su marco teórico, modificado para pacientes con trastornos narcisistas (terapia centrada en el esquema, terapia dialéctica conductual y terapia interpersonal metacognitiva). Pero los terapeutas e investigadores prefieren el modelo de terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1990), para tratar actitudes, pensamientos y comportamientos narcisistas. Técnicas cognitivas como el replanteamiento cognitivo, la resolución de problemas y la alteración de pensamientos disfuncionales, junto con técnicas de modificación conductual (control de impulsos, mantenimiento del contacto visual y la reducción de la grandiosidad), fortalecen en los pacientes narcisistas la AT y aumentan el apego y objetivos terapéuticos (Pincus *et al.*, 2014; Dickinson & Pincus, 2003). La terapia centrada en el esquema, psicoterapia integrativa, se dirige al TLP, que incluye estrategias de la terapia cognitivo-conductual tradicional y elementos de las relaciones de objeto, modelos terapéuticos psicodinámicos y Gestalt (Dieckmann & Behary, 2015; Livesley, 2012; Livesley *et al.*, 2006). El terapeuta alienta al paciente a regular mejor las fluctuaciones narcisistas en la reactividad emocional y a desarrollar empatía y lograr la intimidad emocional con los demás (Yakeley, 2018; Lee, 2013).

## COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

Este tipo de paciente puede verse incluido en cualquier maniobra médica o quirúrgica, demandando la atención de todo el PS que lo atienda (internistas, cirujanos, enfermería, etc.). Los pacientes a menudo se describen como «difíciles y exigentes», por lo que se pueden descuidar, en contrapartida,

sus necesidades médicas. A menudo, se busca la interconsulta del psiquiatra, psicólogo y enfermeras especializadas debido a los trastornos ansiosos o depresivos que pueden presentar. Los profesionales de la salud mental pueden ser consultados por un trastorno afectivo en el piso de hospitalización, por lo que se debe contactar al PS a cargo del paciente.

Por lo tanto, precisa señalar que los profesionales de la salud, no sólo los dedicados a la salud mental, deben ser educados sobre los TP y respecto de su contratransferencia hacia todo paciente, pero en especial con este paciente particular, para que no se agrave su atención. Los psiquiatras de enlace pueden coadyuvar a brindar apoyo y educación al PS inicial. En el entorno ambulatorio, se les pide a los pacientes que discutan su diagnóstico ya que se sienten relevantes para el PS. Una combinación adecuada de los profesionales del PS puede garantizar una atención óptima. Las enfermeras, por ejemplo, funcionan como pieza clave que mantiene unido al equipo y, a menudo, son su principal punto de contacto. La educación de los pacientes y del PS siempre es útil. Todas estas disciplinas que funcionan como un PS interprofesional son vitales para lograr los mejores resultados. Las complicaciones suelen implicar afecciones comórbidas de diverso tipo, incluidos trastornos depresivos y por consumo de sustancias (TCS). La presencia de otros TP comórbidos también es común. Sin embargo, el TNP se asocia con un mayor riesgo de muerte por suicidio en comparación con otros TP (Bolton & Robinson, 2010; Giner *et al.*, 2013).

En forma complementaria, debe considerarse que existe documentación respecto de pruebas mixtas de intentos de suicidio y personas con TNP, debido a que se asocia con factores como el «amor propio» y la «grandiosidad» y comparativamente menos impulsividad. El TCS a menudo también está relacionado con el TNP, y cuando hay una

asociación comórbida con este desorden u otras patologías psicofísicas, se presentará mucha más hostilidad y la agresión tenderá a estar presente. Esto hace que el tratamiento sea aún más desafiante de lo habitual.

El pronóstico depende de la presencia de trastornos comórbidos previos, concomitantes y consecuentes del TNP y del nivel de funcionamiento general habitual de cada paciente. Al mismo tiempo, debe considerarse que la agresión a menudo está directamente relacionada con la gravedad de la enfermedad. En otras palabras, cuanto más agresivo se comporta el paciente, más grave es su pronóstico (Yakeley, 2018; Mitra & Fluyau, 2021). La existencia del TNP entre los profesionales del PS de trastornos llamados «Tríada Oscura» (TNP, maquiavelismo y psicopatía), señala que los cirujanos obtuvieron la puntuación más alta que otros colegas de la profesión. No obstante, dichos profesionales —es importante de señalar—, obtuvieron puntajes significativamente más bajos que los controles obtenidos de la población general (Miller *et al.*, 2010).

La insensible noción de que los médicos son egoístas, avariciosos y poco confiables no ha sido confirmada, si bien es posible la existencia de casos aislados en clínicas y hospitales. Los narcisistas son mentirosos y exagerados; tergiversan sus títulos, conocimientos, talentos, habilidades y logros. Pero cuando la mayoría de las personas admira a sus médicos «no hay cabida» para que puedan imaginar que pueda estar equivocado. Considérese que, para diversos efectos del ejercicio de las profesiones de la salud, como infundir seguridad, tranquilidad y confianza, el PS necesita «tener la razón». Desafortunadamente, los individuos narcisistas están naturalmente inclinados a gravitar en profesiones que garantizan provisiones incabables, abundantes y continuas de «suministro narcisista», por lo que no es extraño que busquen

interactuar con las personas desde su posición de autoridad, ventaja y superioridad percibida (Mitra & Fluyau, 2021, Wilcken, 2015).

## CONCLUSIÓN

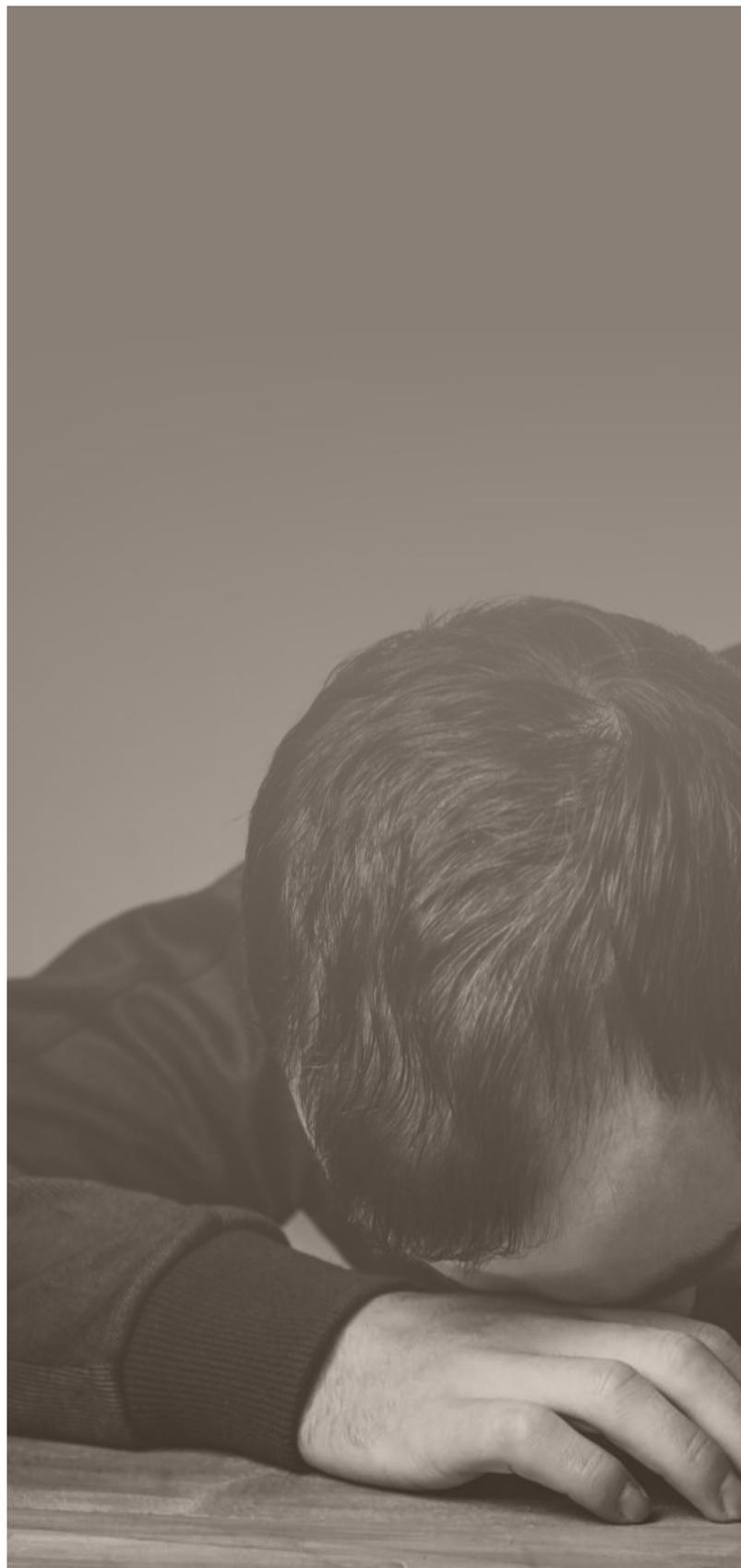
Históricamente, la actividad de investigación sobre la naturaleza y el tratamiento de los rasgos problemáticos del narcisismo y su estado permanente como TNP ha sido irregular en los distintos países. Es preciso que el PS esté alerta sobre esta patología, cuya precoz y correcta identificación determina significativamente su manejo inmediato y tratamiento a largo plazo (Skodol *et al.*, 2014). Los servicios para los TP ofrecen cada vez más una mayor gama de intervenciones basadas en evidencia documental; aunque en su mayor parte no están dirigidas a los trastornos mentales ni específicamente a personas con TNP, las adaptaciones e innovaciones en la técnica desarrollada en el campo deberían ser de interés para cualquier miembro del PS, en especial de la salud mental, involucrado en el manejo de esta difícil población de pacientes.

El trabajo con estos individuos destaca el fino equilibrio entre el narcisismo saludable y el TNP, los problemas del deseo y la dependencia, y los desafíos para aceptar la limitación humana, la vulnerabilidad y la necesidad que existe —aunque se quiera ignorar— en todas las personas (Kernberg *et al.*, 2008; Dieckmann & Behary, 2015; Yakeley, 2018). A los retos del manejo, que suelen ser de una enorme variedad de quejas, se unen las crisis que describen dificultades, quejas de familiares, amigos o empleadores o de sanciones legales que no aceptan. Los casos deben ser referidos a Servicios de Salud Mental debido a condiciones mentales tanto primarias como comórbidas, entre las cuales destacan los trastornos depresivos e intentos de suicidio. Otras dificultades incluyen aislamiento social, la subestimada socialmente disfunción sexual, irritabilidad y agresividad. La creciente dependencia a las drogas

y el alcohol para, equivocadamente, «tratar de elevar el estado de ánimo». Pero dado que la mezcla de sustancias consumidas (lo mismo psicotrópicos ilegales callejeros que sustancias prescritas) incluye a menudo sedantes y estimulantes a la vez —sin distinción—, lo cual hace que algunos informen haber tenido sentimientos de vacío, disforia y desesperación. En otros casos, pueden predominar los sentimientos de vergüenza, humillación e inutilidad, particularmente en relación con eventos como la ruptura de una relación, la pérdida de trabajo o alteraciones provenientes de la disfunción familiar y el abandono de la protección que brinda (Dieckmann & Behary, 2015; Livesley, 2012).

La multifacética presentación del TNP en las sociedades del mundo, siendo relativamente fácil de observar en la ejecución comportamental de las personas, no siempre se reconoce e informa de inmediato, ni se acepta su afectación, dado que no se aprecia como un trastorno sino como una forma de ser libre, a la que se tiene derecho. Tal dispersión y aparente aceptación —en el seno de la ignorancia del tema— permite que se considere como algo normalizado y se tolere su presencia en la sociedad, en la que muchos individuos de todas las áreas —no clínicas— de funcionamiento o profesiones, hacen lo posible por destacarse a través de su apariencia extravagante y comportamiento escandaloso y estafalario, exhibido en reuniones que incluso invitan al consumo indiscriminado de sustancias. Ello se aprecia cotidianamente en multiplicidad de formas y comentarios jactanciosos a través de la TV y su emisión sistemática en redes sociales.

De la misma manera ocurre en las áreas clínicas; cuando se reúnen los datos necesarios para hacer el diagnóstico, los pacientes a menudo lo rechazan por retar su «conocimiento asumido», sentido de especialidad, etc., y ello puede acentuar los sentimientos de baja autoestima, vergüenza y humillación.





Un problema extra para reconocer, a efecto de su abordaje adecuado, es que los pacientes rara vez son remitidos por el PS a servicios secundarios de salud mental debido al diagnóstico de TNP, aunque pueden presentarse, no obstante, debido a enfermedades mentales comórbidas como los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos ligados a trastornos por consumo de sustancias y sus conocidas consecuencias u otros. Las personas con TNP a menudo son difíciles de hacer que participen en el tratamiento, lo que subraya la importancia de construir gradualmente una alianza terapéutica positiva, con objetivos mutuamente acordados dentro de un marco de tratamiento claramente delineado en las etapas iniciales de cualquier tratamiento ofrecido.

Si se puede iniciar un proceso terapéutico, se deben anticipar rupturas frecuentes en la relación terapéutica, a menudo precipitadas por el paciente que se siente criticado o tratado injustamente por el PS. El paciente puede resentir el poder percibido o la experiencia del PS y rechazar cualquier tratamiento ofrecido, aunque no entienda lo que es ni lo conozca.

De modo paradójico, algunas personas narcisistas pueden desear complacer al terapeuta y ser su paciente favorito; tales individuos a menudo son hábiles para aprender lo que se espera de ellos en la terapia y pueden reportar una mejoría sin evidencia de ningún cambio terapéutico real. Este trastorno, como puede suponerse, debido a sus especiales características requiere de la aplicación de una historia clínica psiquiátrica detallada y un seguimiento acucioso. Tras la entrevista primaria aplicada por el PS mental, centrada en los síntomas, las evaluaciones longitudinales dirigidas a las relaciones interpersonales son útiles para esclarecer del diagnóstico y sentar las bases de su manejo.

Como existen dos subtipos a considerar, es esencial centrarse en detectar formas de TNP *grandiosas* y

*vulnerables*, ya que estas últimas se pierden entre otros diagnósticos. Asimismo, se hace indispensable advertir la comorbilidad con trastornos depresivos y el resto de los trastornos de personalidad del grupo B (DSM-5, APA) (Skodol *et al.*, 2014; Parmar & Kaloiya, 2018) y otros trastornos médicos, posiblemente debidos al TCS. Se ha demostrado que los pacientes con TNP son difíciles de involucrar, por lo que se debe ser empático, en especial al inicio del manejo. Una vez que se tiene el diagnóstico, es decisivo darlo a conocer al paciente. La falta de devolución de información puede conducir a complicaciones adicionales durante la atención. Asimismo, debe tratarse de inmediato la comorbilidad que se presente (Dieckmann & Behary, 2015; Yakeley, 2018).

Existe una alta tasa de abandono e interrupción de manejo en estos pacientes. Es esencial reconocer la contratransferencia negativa del PS y del personal directamente a cargo, por lo que es preciso su reconocimiento inmediato y el proceso adecuado de tales emociones. Es muy conveniente la discusión adecuada del diagnóstico con el paciente lo antes posible, así como analizar el proceso para llegar a esta conclusión a través de la información recopilada y los comportamientos observados. De igual forma, es preciso abordar la discusión de otros trastornos como olvidos que suelen estar presentes el informar a los familiares, dado que es posible que requieran psicoeducación acerca de los TP, sus comportamientos y complicaciones para que puedan apoyar el manejo del paciente. Al igual que en algunos individuos con TAP o THP, los sentimientos de vergüenza y humillación que surgen en relación con los desaires percibidos y la falta de respeto de los demás pueden ser un conflicto *central* para los pacientes y pueden causar desafíos particulares dentro de la relación terapéutica, que afecta la AT. La oferta de ayuda al respecto puede precipitar en sí misma sentimientos de vergüenza si el individuo equipara la debilidad y la vulnerabilidad con «ser

paciente». Tales sentimientos de vulnerabilidad pueden ser experimentados como intolerables y ser defendidos a través de mecanismos como la proyección, grandiosidad y omnipotencia al interior de la relación entre el PS-Paciente, de modo que el PS puede sentirse avergonzado e inadecuado (Bridges to Recovery, s/f).

Tal respuesta contratransferencial del PS puede entenderse como una comunicación inconsciente del paciente al PS, del problema del primero en recibir y usar ayuda, a través del proceso de identificación proyectiva (Kernberg, 2014; Roudinesco & Plon, 2017) (denigrar y descalificar a otras personas para sentirse bien consigo; mecanismo frecuente del narcisista agresivo para provocarle al PS sentimientos que el paciente repudia). Del mismo modo, al tratar de establecer una conexión con el portador de TNP, el profesional puede necesitar soportar inconscientemente el eco de su psicopatología narcisista y tolerar la retención de la parte rechazada y vulnerable del Yo del paciente. Estos desafíos del tratamiento resaltan las complejas respuestas contratransferenciales que pueden ser provocadas en el PS (frustración, ira o nihilismo terapéutico o, por el contrario, los sentimientos de especialidad y experiencia terapéutica). Esto subraya la importancia de la supervisión regular del PS y la práctica reflexiva (Ellison *et al.*, 2013).

El narcisismo es el reemplazo del autoerotismo primitivo (una conducta de afirmación, impulsiva; búsqueda a cualquier precio del éxito y prestigio; imposibilidad de tolerar los fracasos o las críticas) diseminado en la comunidad (Gabbard, 2000). No obstante, no es necesario aclarar que el TNP no es una patología únicamente manifestada en quienes eligen la medicina u otra carrera de la salud como profesión, ya que se encuentra uniformemente distribuida entre todos los ciudadanos (políticos, profesionales de cualquier disciplina, docentes, intelectuales y artistas —escritores, poetas y pin-

tores—, jueces y futbolistas), entre muchos otros individuos (Dhawan *et al.*, 2020; Díaz-Berenguer, 2020). La noble profesión ha ido permeándose por las vanidades de la posmodernidad, hasta hacerla irreconocible para propios y extraños. Desnaturalizándola en su esencia, y apartándola de su primitivo objeto: la atención del humano sufriente. La posmodernidad, de la que tanto se presume hoy —al considerar solamente sus avances y omitiendo los conflictos humanos y desigualdades derivados de ello—, es definida por la Real Academia Española como un «movimiento artístico y cultural de fines del siglo XX, caracterizado por su oposición al racionalismo y por su culto predominante de las formas, el individualismo y la falta de compromiso social» (Dhawan *et al.*, 2010; Díaz-Berenguer, 2020; Blais & Ritchie, 2016).

En las últimas décadas se ha extendido el concepto de «peligrosidad médica» como una condición generada a partir de la alarma social que despiertan los medios de información masiva, magnificando hechos indeseables y descuidando los éxitos y demás noticias ocurridas en el país. Este encuadre cultural favorecido por el narcisismo social posmoderno se retroalimenta en cada exhibición y proyecta desconfianza entre el PS y el paciente, en especial entre los más aturridos que son precisamente los más desconfiados. Tal cuantiosa diseminación llena de contradicciones, desinformación social propinada por los medios ha crecido al punto que la gente se confunde y desconcierta porque no encuentra a quien creer.

Es deseable reflexionar sobre cómo prevenir que personas con perfil narcisista ingresen a las Facultades de la Salud; reunir y hacer permanecer las humanidades en la enseñanza y su praxis en todas las especialidades. Tal condición invita a reflexionar sobre la necesidad de revisar acuciosamente a dónde nos conduce esta grave carencia, no sólo en la formación sistemática de profesionales sino de

la sociedad en su conjunto, que se aleja cada vez más del ideal del PS sensible y humano, técnico y actualizado. El médico no es un mero agente comercial e intermediario en la venta de tecnología y avances farmacológicos. Es preciso retomar la empatía, la capacidad de escucha y ayuda, y en su defecto aportar un «bálsamo al sufrimiento del paciente» como en el caso avanzado de la demencia senil y otros padecimientos. La fascinación por la dominación de la tecnociencia, la propaganda de medicinas y aparatos de todo tipo, los medios de información y la de la violencia en la sociedad y en la salud, en no pocas ocasiones está originada en el narcisismo.

La labor de la sociedad y de los profesionales debe encaminarse a conocer y consolidar, el concepto de *salud mental positiva*, descrita para la OMS por María Jahoda a mediados del siglo pasado en aras de su deseable consolidación:

- 1) *Actitudes positivas hacia ti mismo*. Se compone de accesibilidad del Yo a la conciencia, concordancia del Yo real con el Yo ideal, autoestima y sentido de identidad.
- 2) *Crecimiento y autoactualización*. El sentido de vida alcanzado con coherencia. Autoactualización como fuerza motivacional por el desarrollo de las potencialidades humanas y la implicación en la vida, como el empuje a participar en el desarrollo y cuidado de su vida y al de los demás.
- 3) *Integración*. Capacidad de incluir en la vida todas aquellas experiencias que suceden, tanto positivas como negativas; para ser aceptadas en integridad. Lo cual depende del equilibrio psíquico del individuo, su filosofía personal y la resistencia para afrontar el estrés.
- 4) *Autonomía*. Refiere cómo el individuo establece relaciones con el mundo que le rodea y con sus semejantes, y cómo las decisiones incluyen a otras personas; sinónimo de independencia y autodeterminación.

- 5) *Percepción de la realidad*. Capacidad para percibir las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios y la capacidad para desarrollar empatía frente a las vivencias de los demás.
- 6) *Dominio del entorno*. Vinculado al éxito (el logro y alcance de resultados) —No alude, desde luego, a la acumulación de capital—, y a la adaptación (procesos adecuados para llegar a la meta) (Jahoda, 1958; Wilson *et al.*, 2013; Muñoz *et al.*, 2016).

Pero he aquí que la *salud mental positiva* no debe ser entendida como la antinomia del trastorno mental, la ausencia de enfermedad o la simple suma de atributos personales. Se pretende alcanzar un fundamento para el abordaje de la salud mental desde un enfoque centrado en la promoción de la salud de todos.

En suma, el narcisismo, en tanto es parte del desarrollo normal de las personas, construye el autoconcepto y mantiene en buena forma la autoestima. Se suele tornar psicopatológico cuando no se han resuelto adecuadamente los antecedentes anormales ocurridos en la infancia, respecto del apego insuficiente o anormal, por conflictuarse con las ideas culturales y éticas, o bien, cuando es excesivo u obstaculiza las relaciones normales con su entorno. Debe de considerarse como una prerrogativa de todos los seres humanos, vista desde la observación psicoanalítica, como relacionada al desarrollo de la libido, considerada ésta como el impulso fundamental, fuerza creadora de energía vital, condicionada por factores hormonales, psíquicos y neuroquímicos, que implica al deseo sexual.

## FUENTES

Adler A. (1927). *Understanding human nature*. Garden City, NY: Garden City Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. DSM-5. Washington, DC: APA.

Beck AT, Freeman A *et al.* (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.

Bion WR. (1967). *Second thoughts*. London: Karnac.

Blais J & Ritchie MB. (2016). Revised Psychopathy Checklist (PCL-R). In: *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Canada:1-4. doi:10.1007/978-3-319-28099-8\_1100-1.

Bolton JM & Robinson J. (2010). Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the non-institutionalized adult population of the US. *Am J Public Health*. Dec. 100(12):2473-80.

Bridges to Recovery. (s/f) *Narcissistic Personality disorder Treatment*. Disponible en: <https://www.bridgestorecovery.com/narcissistic-personality-disorder/narcissistic-personality-disorder-treatment/>

Clarkin JF, Levy KN *et al.* (2007). Evaluation of three treatments for borderline personality disorder: a multi-probe study. *American J. Psychiatry*, 164: 1–8.

Cukrowicz KC, Poindexter EK & Joiner TE. (2011). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of narcissistic personality disorder. In *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Eds. Campbell WK & Miller JD: 457–65. John Wiley & Sons.

Dhawan N, Kunik E *et al.* (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Integral Psychiatry*; 51: 333–9.

- Díaz-Berenguer A. (2020). Medical power a philosophical look at medicine. Montevideo: Ed. Estuary.
- Dickinson KA & Pincus AL. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J. Personality Disorders*, 17:188-207.
- Dieckmann E & Behary W. (2015). Schema therapy: an approach to treating narcissistic personality disorder. *Fortschr Neurol Psychiatry*. Aug. 83(8):463-467 (questionnaire 478).
- Ellis H. (1898). Autoeroticism: a psychological study. *Alienist and Neurologist* 19: 260-99.
- Ellison WD, Levy KN *et al.* (2013). The impact of pathological narcissism on the use of psychotherapy, the initial severity of symptoms, and the change of symptoms from early treatment: a naturalistic investigation. *J Pers Evaluate*. 95(3):291-300.
- Ey Henry, Bernard P & Brisset Ch. (1974). *Tratado de Psiquiatría*, 6a. edition. Barcelona: Toray-Masson S.A.
- Freud S. (1914). About Narcissism. En: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* vol. 14. Ed. Strachey J. 67-102. Hogarth Press.
- Gabbard GO. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *J Psychother Pract Res*. Winter; 9(1):1-6.
- Gabbard GO. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Pub.
- Giesson-Bloo J, van Dyck R *et al.* (2006). Randomized trial of schema-centered therapy vs. transfer-centered therapy. *Archives of General Psychiatry*; 63: 649-58.
- Giner L, Blasco-Fontecilla H *et al.* (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicides from complete ones in a direct comparison. *J Affection Disord*. Nov. 151(2):474-483.
- Jahoda M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Arno Press.
- Kacel E, Ennis N & Pereira D. (2017). Narcissistic Personality Disorder in Clinical Health Psychology Practice: Case Studies of Comorbid Psychological Distress and Life-Limiting Illness. *Behavioral Medicine*. Jul. 43: 156-164. Doi:10.1080/08964289.2017.1301875
- Kernberg OF. (1984). *Serious personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg OF. (2000). *Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies*. *J. Psychiatry of Uruguay*. August; 64(2):336-351.
- Kernberg OF. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *Int J Psicoanal*. Oct.; 95(5):865-88.
- Kernberg OF, Yeomans FE *et al.* (2008). *Transference-focused psychotherapy: overview and updating*. *Int J Psychoanal*. June; 89(3):601-20.
- Kohut H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Univ. Press.

- Kohut H. (1984). How does psychoanalysis cure? En Goldberg A & Stepansky P. eds. Chicago University of Chicago Press.
- Lee T, Mach E & Grove P. (2013). Complexities in the evaluation, engagement, and treatment of narcissistic personality disorder. Presentation at the Annual Conference of the Faculty of Medical Psychotherapy of the Royal College of Psychiatrists, 17-19 April. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/calcmcon2013tennyson-leewamach.pdf>.
- Levy KN, Ellison WD & Reynoso JS. (2011). A historical view of narcissism and narcissistic personality disorder. En: *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Eds. Campbell WK & Miller JD.: 3-13. John Wiley & Sons.
- Lingiardi V & McWilliams N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2)*. The Guilford Press.
- Livesley WJ. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *J Personality Disorders*, 26: 17-42.
- Mahler M. (1980). *Human symbiosis: the vicissitudes of individuation*. 2nd. Edition. México: Joaquín Mortiz.
- Mayo Clinic Family Health Book. (2020). *Narcissistic personality disorder*. 5th ed.
- Meyers B & Pilkonis PA. (2011). Attachment theory and narcissistic personality disorder. En: *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Eds. Campbell WK & Miller JD.: 434-444. John Wiley & Sons.
- Miller JD, Dir A *et al.* (2010). Looking for a vulnerable dark triad: comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Personality J.*, 78: 1529-64.
- Miller WR & Sanchez VC. (1994). Motivate young adults for treatment and lifestyle change. En: Nathan GSHPE, editor. *Alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 55-81.
- Mitra P & Fluyau D. (2021). *Narcissistic disorder of Personality*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556001/>
- Muñoz CO, Restrepo D & Cardona D. (2016). Evolution of the concept of positive mental health: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. March 39 (3).
- Parmar A & Kaloiya G. (2018). Comorbidity of personality disorder among patients with substance use disorder: a narrative review. *Indian J Psychol Med*. Nov-Dec. 40(6):517-527.
- Pincus AL, Cain NM & Wright AG. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personal Disord*. 5(4):439-43.
- Rank O. (1911). A contribution to narcissism. *Jarhbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 3: 401-26.
- Rank O. (1929). *The trauma of birth*. Harper & Row, 1929; 1973.
- Reich W. (1972). *Character analysis*. Farrar, Straus & Giroux. 3rd. edition (English).

- Ronningstam EF. (2014). Narcissistic personality disorder. In Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders (ed. Gabbard GO): 1073–86. American Psychiatric Publishing.
- Roudinesco E & Plon M. (1997). Dictionnaire de la Psychanalyse. París: La Pochotheque.
- Searight HR. (2007). Efficient counseling techniques for the primary care physician. *Prim Care*. Sept. 34:551–70.
- Segal H. (1997). Some implications of Melanie Klein's work: Emergence from narcissism. En J. Steiner (Ed.), *Psychoanalysis, literature and war*, 75-85. London: Routledge.
- Skodol EA, Bender DS & Morey LC. (2014). Narcissistic personality disorder in the DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5:422–7.
- Smolewska KA, McCabe SB & Woody EZ. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and Big Five. *Personality & Individual Differences*. 40:1269-1279.
- Tillman JG. (s/f). *The Frame in Psychotherapy: Roles, Tasks, and Boundaries*. Erikson Institute for Education and Research. The Austen Riggs Center Stockbridge, MA.
- Wilcken H. (2015). Opinion. Which doctors are the most narcissistic? *Medical observer*. 18th December. [http://www.medicalobserver.com.au/professional-news/whichdoctors-arethe mostnarcissistic?mkt\\_tok=3RkMMJWWfF9wsRoguqvNZKXonjHpfsXw6ustXqWxlMI/0ER3fOvrPUfGjI4HTstqI%2BSLDwEYGJlv6SgFSLHMMbNn0LgLXhg%3D](http://www.medicalobserver.com.au/professional-news/whichdoctors-arethe mostnarcissistic?mkt_tok=3RkMMJWWfF9wsRoguqvNZKXonjHpfsXw6ustXqWxlMI/0ER3fOvrPUfGjI4HTstqI%2BSLDwEYGJlv6SgFSLHMMbNn0LgLXhg%3D).
- Wilson D & Williams V. (2013). Ubuntu: Development and Framework of a Specific Model of Positive Mental Health. *Psychol J*. 10(2).
- Winnicott DW. (1960). Distortion of the ego in terms of true and false Self. In: *The maturing processes and the facilitating environment*. 140–52. Routledge. Reprinted 2018.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems ICD-11*. Ginebra.
- Yakeley J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *Advances of British J. psychiatrists*. Sept. 24(5):305-315. doi: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.20>

# Alteraciones tempranas en las subescalas cognitivas debido a la aplicación de terapia electroconvulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos graves

Dr. Francisco Valdés la Vallina Alvarado\*

Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado\*\*

.....  
\*Residente de cuarto año de la especialidad en Psiquiatría, Sala de psiquiatría, Hospital Español de México

\*\*Médico psiquiatra asociado a la Sala de Psiquiatría, Hospital Español de México  
.....

## RESUMEN

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz en trastornos psiquiátricos graves y una opción viable cuando la urgencia de la situación clínica requiere una respuesta rápida o cuando el paciente presenta un mayor riesgo. En la actualidad, el impacto cognitivo ha contribuido a su estigma y a la limitación de su uso. Entre las alteraciones cognitivas tempranas más frecuentes reportadas con la TEC, se encuentra déficit en la atención, orientación, memoria inmediata y funciones ejecutivas.

Para este trabajo se propone una revisión retrospectiva, observacional, descriptiva y transversal, obteniendo datos a partir de expedientes clínicos de

pacientes hospitalizados en sala de Psiquiatría del Hospital Español de México, durante el periodo entre agosto 2020 a enero 2021, con algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave, a quienes se les haya aplicado TEC, determinando la frecuencia de alteraciones cognitivas tempranas mediante *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Se identificaron diez pacientes que fueron incluidos en la muestra. Los déficit cognitivos más frecuentes encontrados estuvieron en la orientación, atención y memoria, lo cual es compatible con estudios previamente publicados.

Debe evaluarse el beneficio y el potencial de efectos secundarios cognitivos con la aplicación de TEC, y determinar pruebas óptimas para monitorizar los efectos secundarios de este tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la terapia electroconvulsiva (TEC) inició alrededor del siglo XVI, cuando Paracelso utilizó el alcanfor vía oral para inducir convulsiones; no obstante, es en el siglo XX, alrededor del año de 1938, cuando el neuropsiquiatra Von Meduna demostró por primera vez el efecto terapéutico de una convulsión al utilizar cardiazol en un paciente con esquizofrenia. Durante los siguientes años, el procedimiento pudo ser probado en pacientes con diferentes tipos de psicopatología en los que se observó mejoría clínica, aunque con múltiples efectos secundarios (Baghai & Möller 2008; Romero & Gamboa, 2018). El uso de la TEC se extendió por el continente europeo hasta que Bini y Cerletti buscaron reducir los efectos tóxicos de la inducción convulsiva con el uso sustancias, reemplazándolas con la aplicación de corriente eléctrica (Baghai & Möller 2008; Romero & Gamboa, 2018).

A pesar de su efectividad, el uso del tratamiento alcanzaba una tasa de mortalidad de hasta el 11% de los casos, lo cual limitó su indicación y cuestionó su funcionamiento. En la década de 1950 se introdujo la técnica con barbitúricos y relajantes musculares, con la cual se lograron disminuir los principales efectos adversos (Baghai & Möller 2008; Romero & Gamboa, 2018; Payne & Prudic, 2009; Leiknes, Schweder & Høie, 2012). A partir de entonces, hubo un gran interés en el desarrollo de la TEC, y con la aplicación de nuevas tecnologías se ha logrado optimizar los resultados en la efectividad y seguridad, así como pautar objetivos terapéuticos (Baghai & Möller 2008; Romero & Gamboa, 2018; Payne & Prudic, 2009; Leiknes, Schweder & Høie, 2012).

La TEC ha tenido una evolución favorable a lo largo de los años, mostrando ser una alternativa no

farmacológica eficaz, principalmente en trastornos psiquiátricos graves, como trastorno depresivo mayor grave, trastorno bipolar o esquizofrenia segura, con un efecto en sistema nervioso central a través de la estimulación directa de la corteza cerebral que modula neurotransmisores, la cual impacta en el sistema neuroendócrino y regula el estado eléctrico central, actuando con mayor rapidez y evitando efectos secundarios psicofarmacológicos (Romero & Gamboa 2018).

Actualmente, se ha reportado una respuesta de hasta el 70% de mejoría, principalmente en síntomas afectivos; sin embargo, las alteraciones cognitivas limitan su uso. Se sugiere realizar un cribado cognitivo previo, durante y después del tratamiento, lo que permitirá una mejor planificación (Porter & Heenan, 2008; Vasavada *et al.*, 2017). Los efectos adversos asociados se limitan a dolores musculares, cefalea, alteraciones del proceso de memoria (que se consideran reversibles), desorientación y, con menor frecuencia, arritmias, siendo todos controlados y predecibles, con una tasa de mortalidad de 1:25,000 procedimientos (Baghai & Möller 2008; Romero & Gamboa, 2018; Payne & Prudic, 2009; Leiknes, Schweder y Høie, 2012).

Entre las alteraciones cognitivas tempranas más frecuentes con la TEC está el déficit en la orientación, atención, memoria inmediata y funciones ejecutivas, dentro de las cuales, la fluencia semántica, velocidad de procesamiento, lenguaje y memoria de trabajo son las áreas con mayor afectación (Vasavada *et al.*, 2017; Semkovska & McLoughlin, 2010). Las alteraciones de la atención y memoria suelen presentarse a partir de la tercera aplicación del tratamiento en casi la totalidad de los pacientes. La recuperación de las funciones cognitivas es variable, pero se sabe que suelen resolverse en un rango de entre dos semanas hasta los seis meses siguientes de la última aplicación (Vasavada *et al.*, 2017; Semkovska & McLoughlin, 2010).

Todos los pacientes que cursan con trastornos psiquiátricos graves, durante sus episodios agudos, suelen presentar, previo a la TEC, alteraciones en la atención, memoria y funciones ejecutivas, con déficit significativo en la memoria de trabajo, control inhibitorio y del comportamiento, así como en la toma de decisiones, por lo que múltiples organizaciones internacionales han sugerido monitorizar la función previa al tratamiento. Se recomienda evaluación a través de la aplicación de instrumentos de valoración como la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), por lo menos cada tres sesiones (Semkowska & McLoughlin, 2010; Porter *et al.*, 2020).

Los factores que implican un mayor riesgo de presentar alteraciones cognitivas tempranas son: los parámetros del tratamiento, la lateralidad de la aplicación (predominio bilateral), dosis de electricidad, frecuencia (más de tres a la semana) y número de sesiones. Es importante valorar los factores individuales del paciente, de acuerdo a sus antecedentes (lesiones cerebrales preexistentes, puntuaciones cognitivas alteradas, medicación concomitante), además del riesgo cardiovascular (Porter *et al.* 2020).

La TEC es un tratamiento eficaz en trastornos psiquiátricos graves y una opción viable, especialmente cuando la urgencia de una situación clínica requiere una respuesta rápida o cuando el paciente presenta un mayor riesgo. Después del abordaje agudo, puede considerarse un tratamiento a largo plazo como opción de mantenimiento, lo que ayuda a prevenir recaídas y recurrencias, como sucede en los trastornos afectivos (Agarkar *et al.*, 2018; Kolar, 2017). Sin embargo, el impacto cognitivo ha contribuido a su estigma y la limitación de su uso, por lo que es muy importante entender de forma específica el alcance de esta respuesta adversa, así como su tiempo de resolución, con la intención de realizar recomendaciones informadas en la práctica clínica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal, con lo que se obtuvieron datos a partir de expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en sala de psiquiatría del Hospital Español de México, durante el periodo entre agosto 2020 a enero 2021, con algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave, a quienes se les haya aplicado TEC, determinando la frecuencia de alteraciones cognitivas tempranas mediante MoCA. También se determinaron las puntuaciones obtenidas en las escalas de severidad sintomática aplicadas a lo largo del tratamiento (Clinical Global Impression —CGI—, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale —MADRS—, Suicidal Ideation Scale —SIS—, Young Mania Rating Scale —YMRS—, Brief Psychiatric Rating Scale —BPRS—, Positive and Negative Syndrome Scale —PANSS—), con la intención de establecer respuesta al tratamiento. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de investigación del Hospital Español de México, con folio: ENS-2021-T009.

Se incluyeron pacientes hombres y mujeres de 18 a 70 años de edad, con expediente clínico completo; los diagnósticos considerados fueron: trastorno depresivo mayor, episodio recurrente grave; trastorno depresivo mayor, episodio recurrente grave con síntomas psicóticos; trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco actual o más reciente grave; trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo actual o más reciente grave; trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo grave; trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, episodios múltiples, y esquizofrenia, según la clasificación DSM-5. Se excluyeron pacientes que no contaran con MoCA a su ingreso, a aquellos que recibieron terapia electroconvulsiva de manera ambulatoria y pacientes con expediente clínico incompleto.

Se obtuvieron datos epidemiológicos y clínicos (diagnósticos, puntuación de las escalas de severidad, comorbilidades, medicamentos, evaluación cognitiva) con la intención de cotejar diferencias en los resultados, además de una revisión de las escalas de valoración de ingreso y egreso. La evaluación MoCA y de las escalas de severidad se llevaron a cabo posterior a cada dos sesiones de TEC. En la evaluación MoCA, los dominios cognitivos a evaluar fueron: atención, orientación, concentración, memoria, lenguaje, función visoespacial y ejecutiva, memoria inmediata y mediata, abstracción y fluidez semántica.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa RStudio versión 1.4. Para las variables cualitativas se utilizó estadística descriptiva, calcu-

lando frecuencias y porcentajes. Las medias y medianas, desviaciones estándar, valores máximos y mínimos fueron las variables cuantitativas. Se utilizó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon y prueba de Kruskal-Wallis para el análisis estadístico no paramétrico. Para determinar los valores clinimétricos y distribución se utilizó la prueba de Shapiro-Wilks. Se consideraron valores significativos  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

Se identificaron 10 pacientes que fueron incluidos en el análisis estadístico; las características demográficas se muestran en la tabla 1. La mitad de los pacientes eran mujeres, con una edad promedio de 36.4 años; la mayoría eran solteros (70%) y contaban con educación superior (50%).

**Tabla 1.** características demográficas de la muestra

Parámetro (n=10)	Valor	Parámetro (n=10)	Valor
Edad (promedio $\pm$ DE), años	36.4 $\pm$ 17.5	Educación (n, %)	
Mujeres (n, %)	5, 50%	Secundaria	1, 10%
Estado civil (n, %)		Preparatoria	3, 30%
Casado	3, 30%	Licenciatura	3, 30%
Soltero	7, 70%	Maestría	2, 20%
		Desconocido	1, 10%

Los diagnósticos de los pacientes incluidos en la muestra están descritos en la tabla 2. En la tabla 3 se muestran las comorbilidades psiquiátricas encontradas.

La mediana de medicamentos consumidos al ingreso era de 3 (mínimo 1 y máximo 6), mientras que al egreso era de 2.5 (mínimo 1 y máximo 5)

( $p=0.7656$ , prueba de los rangos con signos de Wilcoxon). Los medicamentos más frecuentemente consumidos al ingreso fueron lorazepam y quetiapina (40% cada uno), seguidos de mirtazapina, valproato y venlafaxina (30% cada uno); en el egreso los medicamentos más indicados fueron quetiapina (50%), seguida de aripiprazol, lorazepam, mirtazapina y venlafaxina (30% cada uno) (tablas 4 y 5).

**Tabla 2.** trastornos psiquiátricos graves

Número de pacientes	Diagnóstico
1	Trastorno esquizoafectivo
3	Trastornos bipolares
6	Trastorno depresivo mayor

**Tabla 3.** comorbilidades psiquiátricas encontradas en la muestra

Diagnóstico(s)
Intento suicida de alta letalidad
Anorexia nervosa
Juego patológico
Trastorno neurocognitivo leve

**Tabla 4.** tratamientos psicofarmacológicos utilizados en los pacientes

Tipo de medicamento	Psicofármaco
Antidepresivo	Fluvoxamina, venlafaxina, mirtazapina, sertralina, paroxetina,
Antipsicótico	Quetiapina, risperidona, aripiprazol, olanzapina, brexpiprazol
Benzodiazepinas	Alprazolam, lorazepam, clonazepam, estazolam
Ligandos alfa 2-delta	Gabapentina
Antiepilépticos / estabilizadores del estado de ánimo	Lamotrigina, ácido valproico,
Estimulantes	Metilfenidato

**Tabla 5.** tratamiento psicofarmacológico por diagnóstico

Diagnóstico	Psicofármacos utilizados
Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar con episodios múltiples, actualmente en episodio agudo	Lorazepam, ácido valpróico, olanzapina, risperidona
Trastorno bipolar tipo I en episodio maniaco actual o más reciente grave, con características psicóticas	Ácido valpróico, lorazepam, quetiapina
Trastorno bipolar tipo I en episodio depresivo actual o más reciente moderado, con características mixtas	Quetiapina, lorazepam
Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo grave	Quetiapina, alprazolam, ácido valpróico, paroxetina, fluvoxamina, lamotrigina
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave con síntomas psicóticos	Venlafaxina, mirtazapina, aripiprazol, quetiapina
Trastorno depresivo mayor episodio único grave	Venlafaxina
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Quetiapina, clonazepam
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Lorazepam, sertralina, aripiprazol, gabapentina
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Venlafaxina, brexpiprazol, lamotrigina, mirtazapina, aripiprazol, metilfenidato
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Mirtazapina, estazolam, sertralina, lorazepam, sertralina

La duración media de la hospitalización fue de 16 días [IQ —rango intercuartil—, 16.25 días] y la cantidad mediana de TEC fue 6 [IQ, 3.5; mínimo 2 y máximo 10]. Durante las TEC se utilizaron 6 [1.75] medicamentos, de los cuales los más comúnmente utilizados fueron etomidato ( $20.3 \pm 1.7$  mg —promedio  $\pm$  desviación estándar—, en 10 pacientes), succinilcolina ( $73.0 \pm 24.1$  mg, en 10 pacientes), atropina ( $1.16 \pm 0.35$  mg, en nueve pacientes), paracetamol ( $1,000 \pm 0.0$  mg, en ocho pacientes) y diclofenaco ( $75.0 \pm 0.0$  mg, en cinco pacientes); en menor proporción se utilizaron fentanilo, ondansetrón, midazolam (en cuatro pacientes cada uno), metamizol (en dos pacientes) y flumazenil (un paciente).

En la tabla 6 se presentan los resultados de las clinimetrías de cada paciente a lo largo de la hospitalización, las cuales fueron aplicadas en cada segunda sesión de TEC. Dentro de la población identificada, a nueve los pacientes se les aplicó la escala de MoCA durante todo el tratamiento. Se identificó un paciente con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, a quien se incluyó en la muestra a pesar de no contar con MoCA a su ingreso, debido al adecuado seguimiento en la aplicación de las herramientas de evaluación en el curso del tratamiento.

Únicamente se encontraron dos pacientes en los que no era valorable la primera aplicación de MoCA debido a su condición clínica; no obstante, tuvieron seguimiento y evaluación cognitiva a lo largo del tratamiento. Las alteraciones cognitivas más frecuentes que se encontraron fueron en la orientación, atención y memoria. Se buscaron intencionadamente alteraciones en otros dominios cognitivos (concentración, lenguaje, función

visoespacial y ejecutiva, memoria mediata, abstracción y fluidez semántica), pero no fueron estadísticamente relevantes, ya que los datos obtenidos fueron muy escasos. Los pacientes de mediana edad presentaron mayores alteraciones cognitivas con respecto al resto de la población (30% del total de la muestra).

La escala CGI fue aplicada en dos ocasiones en cada uno de los pacientes, al ingreso y al egreso, encontrándose cambios significativos. Con trastornos bipolares, fueron aplicadas las escalas YMRS, MADRS y BPRS, sin encontrar comorbilidades, reportando cambios significativos en el transcurso del tratamiento. En los pacientes con trastorno depresivo mayor, se encontraron comorbilidades como intento suicida, anorexia nervosa, juego patológico y trastorno neurocognitivo leve. Se aplicaron escalas de MADRS, SIS y SSI en el transcurso de la hospitalización.

Los valores de los resultados clinimétricos se muestran en la tabla 7. Puesto que no se cuenta con estos resultados para cada una de las sesiones de TEC, sólo se realizó estadística inferencial para MoCA, la escala de evaluación de depresión de MADRS y la escala CGI. Asimismo, los resultados de las clinimetrías no se distribuyeron de manera normal ( $p=0.0142$  para MADRS y  $p=0.0052$  para CGI, prueba de Shapiro-Wilks), dado que tenían un número muy pequeño ( $p=0.0894$  para MoCA, prueba de Shapiro-Wilks), o no había suficiente número por bloque (los pacientes como efectos aleatorios). En el caso de MoCA no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones intrapaciente ( $p=0.5319$ , prueba de Kruskal-Wallis de las sumas de rangos; figura 1).

**Tabla 6.** Resultados climimétricos obtenidos de cada paciente al ingreso, cada segunda sesión de TEC y egreso

Escala en cada momento de la hospitalización											
Edad	Escolaridad y Sexo	Diagnóstico	Comorbilidad	Ingreso	Sesión 2	Sesión 4	Sesión 6	Sesión 8	Sesión 10	Egreso	Alteración en MoCA
25	Preparatoria F	Trastorno esquizoafectivo	ND	CGI: 5 YMRS:21 PANSS:(+)30 (-) 17 T: 41	YMRS:2 PANSS: (+) 8 (-) 17 T: 21	ND	ND	ND	ND	CGI: 1 YMRS: 2 PANSS: (+) 8 (-) 17 T: 21	ND
26	Preparatoria M	Trastorno bipolar Tipo I episodio maníaco actual o más reciente grave con características psicóticas	ND	CG:6 YM:48 BPRS:39 MoCA: Poco valorable	YM:12 BPRS:8 MoCA:30/30	YM:20 BPRS:13 MoCA: 27/30	YM:10 BPRS:9 MoCA:28/30	ND	ND	CGI:2 YM:10 BPRS:9 MoCA: 28/30	Memoria
44	Licenciatura F	Trastorno bipolar Tipo I episodio depresivo actual o más reciente moderado con características mixtas	ND	CGI:5 MADRS:24 BPRS:11 YM:11 MoCA: Poco valorable	MADRS: 21 MoCA: 28/30 BPRS:14 YM: 5	MADRS:5 MoCA: 27/30 BPRS: 8 YM: 5	MADRS: 9 MoCA: 25/30 BPRS:8 YM: 5	MADRS:8 MoCA:26/30 BPRS:7 YM: 0	ND	CGI:1 MADRS:8 BPRS: 7 YM:0 MoCA: 26/30	Atención y memoria
58	Maestría M	Trastorno bipolar Tipo II episodio depresivo actual o más reciente grave	ND	CGI:5 MADRS: 34 MoCA: 26/30 YMRS: 3	MADRS: 30 MoCA: 23/30 YMRS: 3	MADRS:25 MoCA: 23/30 YMRS: 3	MADRS: 16 MoCA: 23/30 YMRS: 2	ND	ND	CGI:2 MADRS:16 MoCA: 23/30 YMRS: 2	Orientación y memoria

Escala en cada momento de la hospitalización											
Edad	Escolaridad y Sexo	Diagnóstico	Comorbilidad	Ingreso	Sesión 2	Sesión 4	Sesión 6	Sesión 8	Sesión 10	Egreso	Alteración en MoCA
19	Secundaria F	Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Intento suicida alta letalidad // Anorexia nervosa	CGI:6 MADRS: 40 SIS:22 SSI:25 MoCA: 24/30	MADRS: 23 SIS:15 SSI:11 MoCA: 22/30	MADRS: 19 SIS:14 SSI:10 MoCA: 26/30	MADRS: 17 SIS:10 SSI:8 MoCA: 29/30	MADRS: 10 SIS:18 SSI:6 MoCA: 30/30	MADRS:26 SIS:17 SSI:11 MoCA: 28/30	CGI:3 MADRS:24 SIS:12 SSI:10 MoCA: 28/30	Atención, orientación, memoria
20	Licenciatura M	Trastorno depresivo mayor episodio único grave	ND	CGI:5 MADRS: 35 SIS:22 SSI:13 MoCA: 29/30	MADRS: 5 SIS:10 SSI:9 MoCA: 30/30	MADRS: 5 SIS:4 SSI:4 MoCA: 25/30	ND	ND	ND	CGI:1 MADRS: 5 SIS:4 SSI:4 MoCA: 25/30	Atención y memoria
67	Maestría F	Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave con características psicóticas	ND	CGI:4 MADRS: 35 BPRS:25 MoCA: 29/30	MADRS: 34 BPRS:17 MoCA: 28/30	MADRS: 15 BPRS: 23 MoCA: 25/30	ND	ND	ND	CGI:2 MADRS:7 BPRS: 8 MoCA:27/30	Memoria
34	Licenciatura M	Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Juego patológico	CGI:6 MADRS: 44 SSI:28 SIS:27 MoCA: 24/30	MADRS: 23 SSI:10 SIS:9 MoCA: 26/30	MADRS:5 SSI:2 SIS:1 MoCA:25/30	ND	ND	ND	CGI:1 MADRS: 5 SSI:2 SIS:1 MoCA: 25/30	Orientación y memoria
20	Preparatoria M	Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	ND	CGI:5 MADRS: 30 SSI:28 SIS:19 MoCA: 26/30	MADRS: 28 SSI:27 SIS:19 MoCA: 27/30	MADRS: 27 SSI:22 SIS: 19 MoCA: 28/30	MADRS: 22 SSI:15 SIS:13 MoCA: 30/30	MADRS: 21 SSI:14 SIS:11 MoCA: 28/30	MADRS: 18 SSI:11 SIS:8 MoCA: 29/30	CGI:2 MADRS: 9 SSI:1 SIS:1 MoCA: 28/30	Atención, orientación y memoria
51	ND F	Trastorno depresivo mayor episodio recurrente grave	Trastorno neurocognitivo leve	CGI:5 MADRS: 34 MoCA: 21/30	MADRS:17 MoCA: 19/30	MADRS: 10 MoCA: 24/30	MADRS: 9 MoCA: 24/30	ND	ND	CGI:2 MADRS:9 MoCA: 24/30	Atención, orientación, memoria, visoespacial, ejecutiva

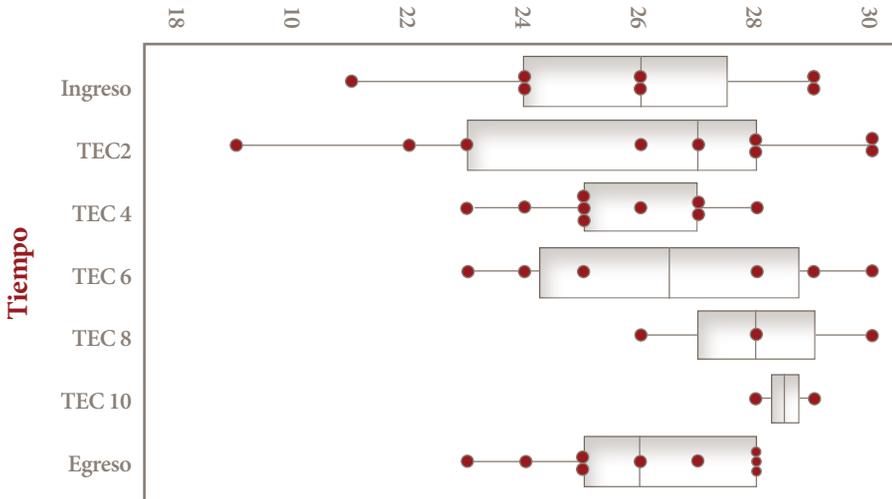
CGI: escala de impresión clínica global; MADRS: escala de evaluación de depresión de Montgomery-Asberg; MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; PANSS: escala de síndrome positivo y negativo; SIS: escala de intencionalidad suicida de Beck; SSI: escala de ideación suicida; YMRS: escala de evaluación de manía de Young. ND: Sin datos. F: femenino. M: masculino.

**Tabla 7.** Resultados de las clinimetrías en relación con las sesiones de terapia electroconvulsiva

Escala	Momento de la hospitalización						
	Ingreso (promedio±DE), [mediana] (n)	Sesión 2	Sesión 4	Sesión 6	Sesión 8	Sesión 10	Egreso
BPRS	25 [14], (3)	14 [4.5], (3)	13 [7.5], (3)	8.5 [0.5], (2)	7 [0], (1)	ND	8 [1], (3)
CGI	5 [0.75], (10)	ND	ND	ND	ND	ND	2 [1], (10)
MADRS	34.5 [3.25], (8)	23 [8.5], (8)	15 [11.75], (8)	16 [8], (5)	10 [6.5], (3)	22 [4], (2)	8.5 [4.25], (8)
MoCA	26 [3.5], (7)	27 [5], (9)	25 [2], (9)	26.5 [4.5], (6)	28 [2], (3)	28.5 [0.5], (2)	26 [3], (9)
PANSS, positivos	30 [0], (1)	8 [0], (1)	ND	ND	ND	ND	8 [0], (1)
PANSS, negativos	17 [0], (1)	17 [0], (1)	ND	ND	ND	ND	17 [0], (1)
PANSS, total	41 [0], (1)	21 [0], (1)	ND	ND	ND	ND	21 [0], (1)
SIS	22 [2], (4)	12.5 [6.25], (4)	4 [9], (3)	11.5 [1.5], (2)	14.5 [3.5], (2)	12.5 [4.5], (2)	4 [5.5], (3)
SSI	26.5 [6], (4)	10.5 [5.25], (4)	4 [10], (3)	11.5 [3.5], (2)	10 [4], (2)	11 [0], (2)	4 [4.5], (3)
YMRS	16 [18.75], (4)	4 [4], (4)	5 [8.5], (3)	5 [4], (3)	0 [0], (1)	ND	2 [2.5], (4)
¿Cómo te sientes de la memoria?							
Bien	ND	4/6	2/6	2/5	1/2	1/1	ND
Mal	ND	2/6	4/6	3/5	1/2	0/1	ND
¿Recuerdas qué pasó?							
Sí	ND	5/6	5/6	3/5	2/2	1/1	ND
No	ND	1/6	1/6	2/5	0/2	0/1	ND

Valores expresados: promedio del resultado obtenido; mediana [rango intercuartil] y (número de pacientes a los que se le aplicó escala clinimétrica); ND: sin datos. BPRS: escala breve de valoración psiquiátrica; CGI: escala de impresión clínica global; MADRS: escala de evaluación de depresión de Montgomery-Asberg; MoCA: evaluación cognitiva de Montreal; PANSS: escala de síndrome positivo y negativo; SIS: escala de intencionalidad suicida de Beck; SSI: escala de ideación suicida; YMRS: escala de evaluación de manía de Young.

**Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)**

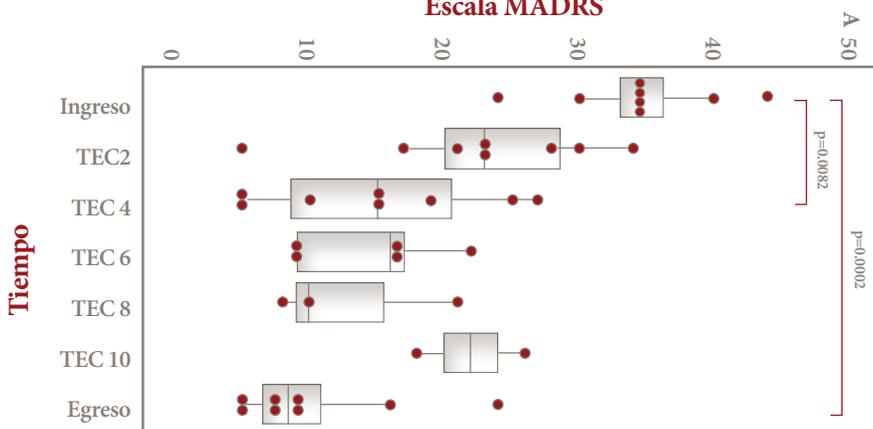


**Figura 1.** Gráfico de barras y bigotes de los resultados de MoCA para cada momento relevante con la hospitalización (ingreso, número de sesión de terapia electroconvulsiva —TEC— y egreso).

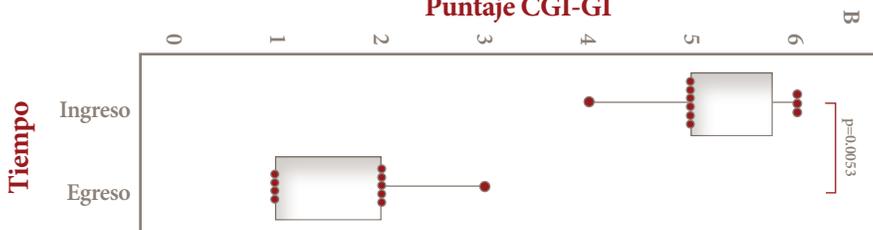
Se identificaron diferencias en los valores de MADRS ( $p=0.0006$ , prueba de Kruskal-Wallis de las sumas de rangos seguidas de Dunn post hoc; figura 2A); las diferencias fueron identificadas entre el valor de ingreso y el de la sesión 4 de TEC ( $34.5 [3.25]$  ( $n=8$ ) versus  $15 [11.75]$  ( $n=8$ ),  $p=0.0082$ ) y entre el valor

de ingreso y el de egreso ( $34.5 [3.25]$  ( $n=8$ ) versus  $8.5 [4.25]$  ( $n=8$ ),  $p=0.0002$ ). De manera similar, se encontraron diferencias entre los valores de ingreso y de egreso de CGI ( $5 [0.75]$  ( $n=10$ ) versus  $2 [1]$  ( $n=10$ ),  $p=0.0053$ , prueba de los rangos con signos de Wilcoxon; figura 2B).

**Escala MADRS**

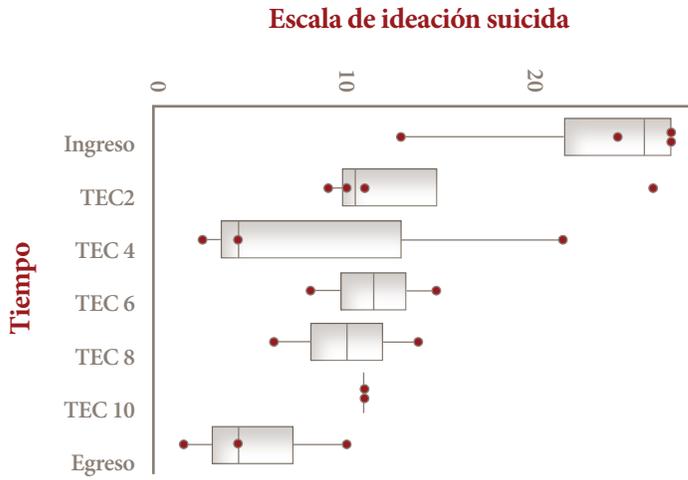


**Puntaje CGI-GI**

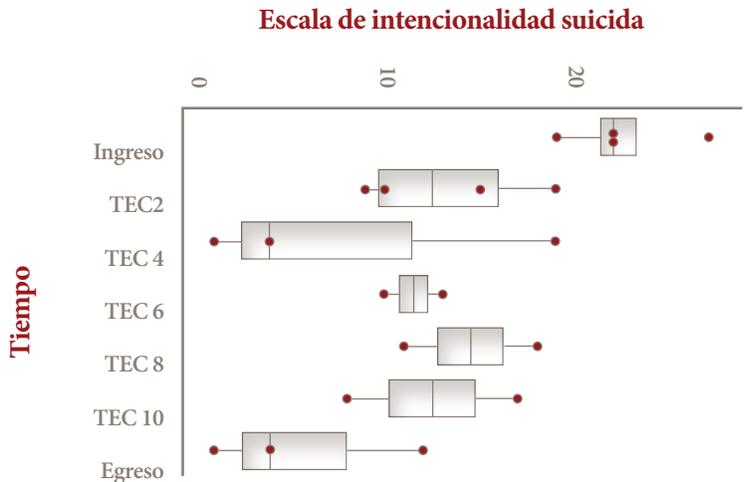


**Figura 2.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de A) la escala de evaluación MADRS y B) de escala CGI para cada momento relevante con la hospitalización (ingreso, número de sesión de terapia electroconvulsiva —TEC— y egreso). Valores  $p$  obtenidos mediante A) prueba de Kruskal-Wallis de las sumas de rangos seguidas de *Dunn post hoc* y B) prueba de los rangos con signos de Wilcoxon.

En relación a las escalas SSI y SIS, se identificaron diferencias entre el valor de ingreso y el de egreso (figuras 3 y 4).

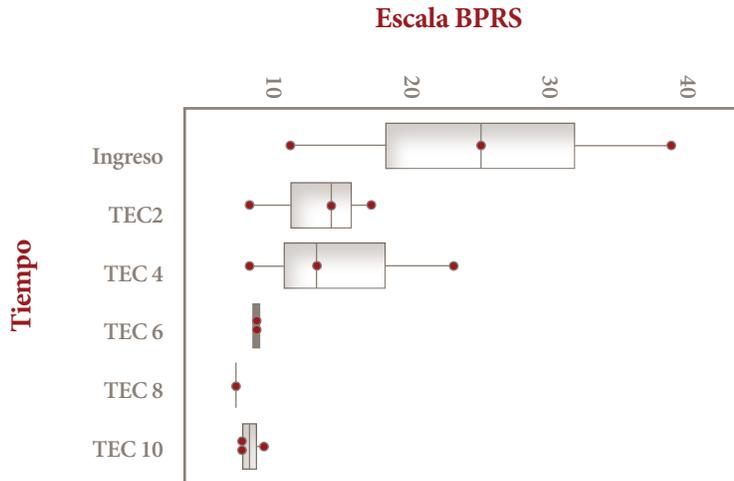


**Figura 3.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de escala SSI; se representa cada momento relevante con la hospitalización (ingreso, número de sesión de TEC y egreso).

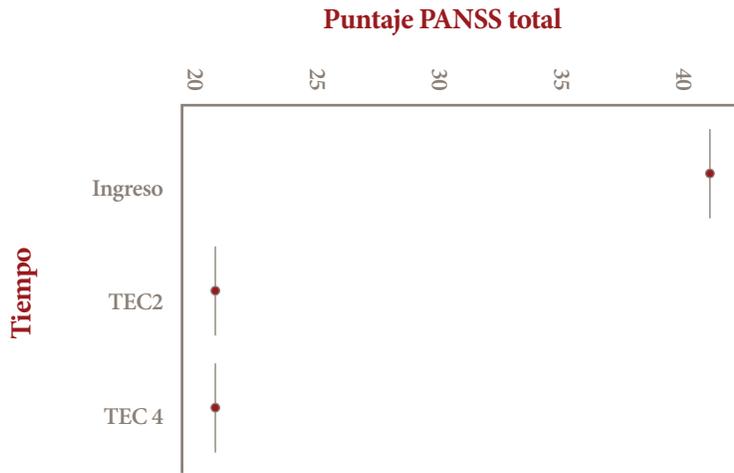


**Figura 4.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de escala SIS; se representa cada momento relevante con la hospitalización (ingreso, número de sesión de TEC y egreso).

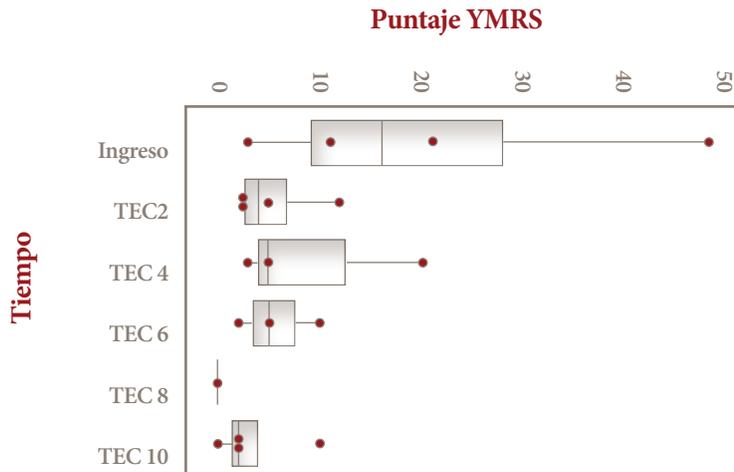
De acuerdo con los datos obtenidos de las escalas BPRS, PANSS y YMRS, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos (figuras 5, 6 y 7).



**Figura 5.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de escala BPRS. Resultado estadísticamente no significativo.



**Figura 6.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de escala PANSS. Resultado estadísticamente no significativo.



**Figura 7.** Gráficos de barras y bigotes de los resultados de escala YMRS. Resultado estadísticamente no significativo.

## DISCUSIÓN

Dentro de los problemas cognitivos reportados en estudios previos, las alteraciones en la memoria son las que se presentan con mayor frecuencia, teniendo una remisión calculada entre un 61 al 71% (Hermida *et al.*, 2018). Esta información es compatible con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que las alteraciones cognitivas reportadas basadas en MoCA fueron principalmente en la atención (50%), orientación (50%) y memoria (90%), sin encontrarse mayores alteraciones cognitivas a pesar del diagnóstico. Sin embargo, se identificaron variaciones en las puntuaciones de MoCA según la edad del paciente.

Encontramos que los pacientes de mediana edad (30%), a quienes se les aplicó TEC con enfermedad mental grave, además de presentar alteraciones en la memoria (30%), también presentaron alteraciones en la atención (10%), orientación (20%), área visoespacial (10%) y ejecutiva (10%). Esto coincide con investigaciones previas, en las cuales se hace referencia a que el déficit cognitivo puede variar según la edad del paciente, cronicidad, severidad y comorbilidades psiquiátricas (Meyer *et al.*, 2018; Socci *et al.*, 2018). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo y nivel de escolaridad. Por otra parte, las fallas cognitivas encontradas no presentaron diferencias significativas con respecto al tipo de tratamiento psicofarmacológico ni la severidad del diagnóstico del trastorno psiquiátrico grave.

En cuanto a los cambios encontrados en las escalas clínicas, particularmente en la escala CGI, se hallaron cambios fuertemente significativos hacia la mejoría en relación con el ingreso y egreso, que se asocian a la hipotética estimulación y potenciación de neurotransmisores en receptores pre y post sinápticos durante la aplicación del tratamiento electroconvulsivo, confirmando su efectividad (Romero & Gamboa, 2018).

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la escala MADRS (aplicada al 80% de los pacientes) en quienes cursaban con trastornos bipolares y trastorno depresivo mayor, principalmente entre los valores del ingreso, la cuarta sesión de TEC y egreso. Con respecto al trastorno depresivo mayor, la TEC es el tratamiento agudo con el más alto índice de efectividad en cuadros de mayor severidad, con tasas de remisión superiores al 50%, aunque en algunos estudios reportan tasas de remisión hasta de 75% (Kumagaya, 2019). En consideración a las comorbilidades psiquiátricas encontradas, la ideación e intencionalidad suicida también fueron valorados con las escalas SSI y SIS (aplicadas a 40% de la muestra total), reconociéndose diferencias en los valores a lo largo de cada aplicación. Este resultado es compatible con estudios en los que se reporta que los pacientes con trastorno depresivo mayor con ideación suicida que reciben TEC, presentan una disminución aproximada de un 19.7% en el puntaje total de las escalas mencionadas (Hermida *et al.*, 2018).

A pesar de que actualmente contamos con una amplia variedad de psicofármacos aprobados para el uso de trastornos bipolares, muchos pacientes presentan recaídas frecuentes o resistencia a tratamiento (por ejemplo, según el STAR\*D, en depresión, para alcanzar 67% de remisión, se necesitan cuatro ensayos terapéuticos en 14 meses, y aún así, hasta el 20% de estos pacientes se mantendrán significativamente sintomáticos) (Sinyor *et al.*, 2010), situación que condiciona alteraciones cognitivas y su funcionalidad. Hoy en día, contamos con estudios recientes que respaldan la eficacia de TEC en este tipo de pacientes como segunda o tercera línea de tratamiento (Perugia, 2018). Por otra parte, en cuanto al trastorno esquizoafectivo y otros trastornos psicóticos, al igual que los otros trastornos mentales graves, pueden presentar resistencia al tratamiento o recaídas que condicionan cambios

significativos en su funcionalidad y pronóstico. Se ha documentado una remisión de la sintomatología en un 34% con el uso de TEC en este tipo de casos (Kumagaya, 2019).

En este estudio, debido al pequeño número de pacientes y su heterogeneidad, los resultados obtenidos en cuanto a las escalas YMRS, BPRS y PANSS se consideran estadísticamente no significativos. No obstante, la observación individual de la evolución de los pacientes, específicamente en trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar en episodio de manía, se logra reconocer una evolución favorable a lo largo del tratamiento de TEC, y se observa una disminución en la puntuación y mejoría en la escala de impresión global a su ingreso y egreso.

En México no se cuentan con suficientes investigaciones orientadas a la detección de alteraciones cognitivas tempranas debido a la aplicación de TEC, por lo que este estudio busca contribuir al desarrollo de su aplicación y la detección de posibles efectos cognitivos relacionados.

## CONCLUSIONES

En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones cognitivas de los pacientes que recibieron TEC. Es importante resaltar los cambios significativos que se observaron en la escala de impresión global clínica al inicio del tratamiento y finalización del mismo. Asimismo, en cuanto a la escala de valoración para la depresión, se encontraron diferencias significativas a lo largo del tratamiento demostrando una mejoría clínica, la cual también pudo reflejarse en la representación de las escalas de intencionalidad e ideación suicida.

La TEC es un procedimiento eficaz y seguro, con beneficios en el tratamiento de los trastornos psi-

quiátricos graves. Sin embargo, siempre debe evaluarse el beneficio potencial y el riesgo de presentar efectos secundarios cognitivos con la aplicación de este tratamiento.

La mayor limitante de este estudio es el tamaño de la muestra, hecho que limitó la evaluación de los cambios en algunas escalas, así como en las modificaciones que pudieran presentarse en otros dominios de la función cognitiva, considerados al inicio de la investigación. Se puede plantear esta investigación como un antecedente para futuros estudios, con el fin de determinar las pruebas óptimas de monitorización de efectos secundarios cognitivos tempranos con el uso de la TEC.

## FUENTES

- Agarkar S & Hurt S (2018). Young Robert. Speed of antidepressant response to electroconvulsive therapy in bipolar disorder vs. major depressive disorder. *Psychiatry Res.* (265):355–9. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.02.048
- Baghai T & Möller H (2018). Electroconvulsive therapy and its different indications. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 10(1).
- Kumagaya D & Halliday G (2019). Acute electroconvulsive therapy in the elderly with schizophrenia and schizoaffective disorder: a literature review. *Australasian Psychiatry* 27(5):472–6.
- Perugi G, Medda P *et al.* (2017). The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Current Neuropharmacology* 15:359–71.
- Hermida A, Glass O *et al.* (2018). Electroconvulsive Therapy in Depression. *Psychiatr Clinics* 341–53.

- Kolar D (2017). Current status of electroconvulsive therapy for mood disorders: a clinical review. *Evid Based Mental Health* 20(1).
- Leiknes K, Schweder L & Høie B (2012). Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and Behavior*. 2(3):283–345. DOI: 10.1002/brb3.37
- Meyer JP, Swetter SK & Kellner CH. (2018). Electroconvulsive Therapy in Geriatric Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America* 41(1). DOI: 10.1016/j.psc.2017.10.007
- Payne N & Prudic J. (2009). Electroconvulsive Therapy Part I: A Perspective on the Evolution and Current Practice of ECT. *J Psychiatr Pract*. 15(5):346–68. DOI: 10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef
- Porter R, Baune B *et al.* (2020). Cognitive side-effects of electroconvulsive therapy: what are they, how to monitor them and what to tell patients. *BJPsych Open* 6(40):1–7. DOI: 10.1192/bjo.2020.17
- Porter R, Heenan H *et al.* (2008). Early Effects of Electroconvulsive Therapy on Cognitive Function. *J ECT*.24:35–9.
- Romero A & Gamboa G. (2018). ¿Es bioéticamente adecuada la aplicación de la terapia electroconvulsiva? *Cuadernos de Bioética* 29(95):13–24.
- Semkovska M & McLoughlin D. (2010). Objective Cognitive Performance Associated with Electroconvulsive Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BIOL PSYCHIATRY*. (68):568–77. DOI: 10.1016/j.biopsych.2010.06.009
- Sinyor M, Schaffer A & Levitt A. (Mar 2010). The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR\*D) trial: a review. *Can J Psychiatry*. 55(3):126–35. doi: 10.1177/070674371005500303. PMID: 20370962.
- Socci C, Medda P *et al.* (2018). Electroconvulsive therapy and age: Age-related clinical features and effectiveness in treatment resistant major depressive episode. *Journal of Affective Disorders* 227. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.064
- Vasavada M, Leaver A *et al.* (2017). Short and long term cognitive outcomes in patients with major depression treated with electroconvulsive therapy. *J ECT*. 33(4):278–85. DOI: 10.1097/YCT.0000000000000426

# *Estigma y Arte: «Pero si lo tenía todo»:* reflexión sobre el lamentable suicidio de Cheslie Kryst

Dr. Alejandro Molina López\*

---

\*Psiquiatra y doctor en Ciencias, miembro del SNI CONACYT,  
presidente electo APM. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón  
de la Fuente Muñiz.

---

La noticia de un suicidio consumado siempre es lamentable e impactante para cualquier persona, no importa si quien recibe la noticia es conocido o no de quien atentó contra su propia vida en forma irreversible. A medida que la persona que realiza el suicidio es más cercana a quien atestigua o sufre la pérdida desde la perspectiva familiar y afectiva, se marca una huella mayor en la persona que presenció una pérdida por suicidio —de hecho, el término clínico «sobreviviente» es el mismo que se utiliza para las personas que atestiguaron suicidios, así como desastres o eventos perturbadores graves como un asalto, secuestro o violación (Jordan & McGann, 2017)— y de la misma forma, requiere estrategias psicoterapéuticas avanzadas para su procesamiento, que deben estar centradas en prácticas profesionales legalmente reconocidas y en políticas públicas con especial énfasis en la postvención (Jordan, 2017; Andriessen *et al.*, 2019).

En otras ocasiones, la persona que consuma el suicidio quizá no haya sido afectivamente cercana, pero sí haber pertenecido a la misma institución laboral o educativa de la(s) persona(s) que presenciaron o tuvieron conocimiento del acto suicida. Las consecuencias negativas no dejan de percibirse, ya que la respuesta comunitaria a un suicidio consumado puede generar un gran malestar objetivo y subjetivo a nivel profesional e institucional posterior al evento, especialmente si ocurrió con violencia (Castelli-Dransart *et al.*, 2015). La respuesta a estos eventos por parte de la comunidad corre el riesgo de ser defensiva y hostil en vez de compasiva y empática: En varias ocasiones, la respuesta escolar, corporativa o institucional ante un suicidio puede variar desde el hermetismo hasta las francas manifestaciones hostiles para con diferentes personas sobrevivientes y cercanas a quien lo consumó, y llegar a cuestionar u hostilizar al

sistema escolar, laboral, corporativo o comunitario (Guerrero, 2020).

Cuando existe la muerte por suicidio de un colaborador integrante de la institución, y la entidad tiene un profesional de salud mental asociado, el profesional asociado corre gran riesgo de sufrir fincamiento directo y automático de responsabilidad moral o jurídica del suicidio consumado que acaba de ocurrir. Sin embargo, responsabilizar en forma directa a un profesional de un suicidio consumado sin un proceso objetivo y neutro de revisión, constituye una probable vulneración a los derechos del profesional; a pesar de ello, las instituciones y los mismos profesionales suelen ceder a las presiones políticas y sociales. La respuesta termina siendo una medida más simbólica que restaurativa, y puede ir en contra de un supuesto responsable que se «bautiza» como «villano», sin considerar que las acciones a realizar forman parte de una corresponsabilidad social. Habitualmente, las «ejecuciones» simbólicas —en forma de despidos o denuncias públicas— tienen como objeto brindar un alivio inmediato a los posibles ofendidos directa o indirectamente, pero no repara los procedimientos incorrectos ni incide en la prevención de nuevos atentados suicidas en otros colaboradores.

Existe una tercera forma de atestiguar un suicidio consumado, y es cuando lo realiza un personaje público. El suicidio de una celebridad suele generar grandes oleadas de escrutinio, críticas y juicios de valor a la persona, a sus familias, a sus parejas o exparejas, a las empresas o empleadores que los contrataban, en los que, al igual que en los suicidios dentro de una institución, buscan «bautizar» a uno o varios «villanos», que supuestamente cargan con la responsabilidad del lamentable deceso.

Cuando ocurre un suicidio de una celebridad o persona pública, en la mayoría de los casos salta un común denominador: esa persona mantenía una vida



pública aparentemente productiva, exitosa, plena y feliz, contrastando con el acontecimiento súbito e inesperado, léase ilógico, de la muerte autogestionada. La primera hipótesis que trata de explicar esta incongruencia entre una vida supuestamente plena y estable seguida de un trágico e inesperado desenlace, apunta a que las celebridades parecen manejar una separación entre la vida pública y la vida privada, en la que los actos públicos los llevan con la más estricta regulación afectiva, conservando en todo momento su imagen artística y profesional, y que en los ambientes privados, cerca de sus familiares y amigos, pueden desahogar comportamientos erráticos y autodestructivos severos. Sin embargo, en algunos casos, incluso las personas cercanas a las celebridades relatan haber detectado, a lo mucho, conductas quizá inusuales cerca de

la fecha fatídica, pero no percibieron comunicación explícita o conductas autolesivas inminentes o claras. Tal es el caso que relató Susan Schneider, la viuda sobreviviente al suicidio del actor y productor Robin Williams, quien tenía el diagnóstico de demencia incipiente por cuerpos de Lewy, y los cercanos a él sólo relatan fallas cognitivas leves durante el ejercicio de sus funciones, pero nunca intenciones claras de conducta suicida (Desta, 2014).

Los suicidios de celebridades deben de ser de especial interés para la salud pública, tomando en cuenta el importante riesgo de réplica de conductas suicidas posterior al evento, especialmente en los fans o *followers* de la estrella que cometió el suicidio. En un estudio realizado en India se encontró que existía mayor posibilidad de tener algún tipo de conducta suicida posterior al suicidio de una celebridad en mujeres jóvenes, sin empleo, con algún trastorno mental y afrontando algún estresor de vida (Menon *et al.*, 2021). Algunos expertos han recomendado para los medios de comunicación cuidar la forma como se transmite la noticia, en la que la acuidad de la situación puede ser una buena oportunidad para promocionar servicios de salud mental y buscar estrategias de prevención (Hedman-Robertson, 2021).

Algunos trágicos decesos por suicidio de celebridades han sido analizados desde la perspectiva académica posterior a la avalancha de especulaciones por parte de los medios del espectáculo. Por citar algunos ejemplos, el suicidio de Kurt Cobain (1967-1994) reportó que los centros de crisis de Seattle se vieron abarrotados tras al suicidio de la estrella (Jobes *et al.*, 1996), y el análisis de las obras de Virginia Woolf (1882-1941) dos meses antes de morir por suicidio, en el que se encontró un patrón mediante un modelo de *machine-learning*, el cual sugiere que se pueden buscar ciertos patrones de léxico en redes sociales y emails con potencial valor predictivo de conductas suicidas (Avila-Berni *et al.*, 2018).

En esta ocasión, nos referiremos a un reciente y lamentable suicidio de una joven abogada, ganadora del concurso de belleza Miss USA en 2019, modelo, *influencer*, y activista social: Cheslie Kryst (1991-2022), quien a sus 30 años había alcanzado a brillar con un éxito aparentemente insuperable: era abogada graduada de North Carolina y había luchado por la reforma penal de Estados Unidos; fue Miss USA en 2019 (declarada como la ganadora con mayor edad en la historia del certamen a sus 28 años), creadora de varios programas sociales como el *White Collar Glam*, diseñado para dignificar los empleos en oficinas públicas y privadas, y una extensa participación en medios y redes sociales (Wikipedia, 2022). Sin embargo, en forma completamente inesperada, Cheslie Kryst se arrojó desde el piso 29 de un edificio de Manhattan el 30 de enero de 2022. Keli Goff, una reconocida escritora y periodista norteamericana, declaró: «Su muerte representa una verdadera tragedia para las mujeres y niñas afroamericanas que inspiró», y prosigue: «Espero que su muerte no haya sido en vano y ayude a terminar con el silencio, vergüenza y estigma alrededor de la salud mental, particularmente en la comunidad afroamericana» (Helmre, 2022).

Las opiniones de las personas que conocían a Cheslie Kryst tras su suicidio no dejan de sugerir desconcierto y algunos se atrevieron a afirmar que «alguien que tiene tanto éxito no puede suicidarse». Pero su madre, April Simpkins, declaró algo muy diferente: «Cheslie cargaba con una vida pública y una vida privada. En su vida privada, ella tenía que sobrellevar con una «depresión de alto funcionamiento» que escondía de todos los demás, incluida yo, quien era su más cercana confidente» (Helmre, 2022).

Si bien la «depresión de alto funcionamiento» no es una entidad reconocida por la nomenclatura psiquiátrica internacional, quizá a lo que se refería April Simpkins era que Cheslie padecía un trastor-

no mental (no importa el diagnóstico) que tenía que sobrellevar ante cargas sociales y profesionales de estrés crecientes, por lo que no podía darse la más mínima oportunidad de brindarse el descanso, el autocuidado y la recuperación que todo ser humano debe tener ante demandas exhaustivas de atención empática hacia otras personas.

Lo que le pasó a Cheslie Kryst no debió de ser muy diferente al mismo fenómeno de excesiva carga de estrés que experimentaron algunos médicos de primera línea ante la COVID-19, los cuales también estuvieron expuestos por un lado al cansancio, al contagio, la muerte de sus compañeros, y por otro lado, una sociedad que les exigía responder con vocación y servicio. Mencionaré el caso icónico de la Dra. Lorna Breen, jefa de servicios de urgencias del New York Presbyterian Hospital, quien estuvo en la primera línea de atención durante el inicio de la pandemia por COVID-19: tras contagiarse y regresar a laborar, presentó una fatiga física que la obligó a pedir días extra de incapacidad laboral, por lo que tuvo que regresar a su domicilio. Al día siguiente, el 26 de abril de 2020, se quitó la vida. La Dra. Breen también era una persona brillante y exitosa que presentó súbitamente un suicidio muy lamentado (Knoll, 2020). Y aunque la profesión y trayectoria de Cheslie Kryst era muy diferente a la de la Dra. Lorna Breen, es posible que encontremos cosas en común en el patrón suicida de ambas.

Así como la sociedad decide «bautizar» a algunos como «villanos», la sociedad también puede decidir «bautizar» a otros como «héroes», lo cual puede implicar una condecoración con un alto estándar moral, pero con una injusta privación del derecho genuino de tener autocuidado, recuperación, esparcimiento y descanso. Para ellos, el suicidio puede ser visto como la única salida honorable ante un cansancio y desesperanza imposibles de seguir cargando.

Asumir el papel de héroe puede ser sumamente peligroso. Un héroe está para servir a la sociedad y no tiene límites. Por lo tanto, puede implicar el camino seguro a la desesperación. Si como sociedad fuésemos un poco más compasivos y dijéramos a nuestros «héroes» que no son tal, sino más bien «seres humanos excepcionales», pero con limitaciones y con derecho a recuperarse de la fatiga excesiva y del desgaste emocional, quizá ellos encontrarían un alivio a las excesivas demandas externas. Porque un ser humano, a diferencia de un héroe, sí tiene límites y los asume. Un ser humano acepta que necesita ayuda, la sociedad le permite descansar y espera con comprensión su regreso a colaborar con recarga de energía física, mental y espiritual. Mientras que un héroe no descansa, no necesita ayuda, ya tiene un estatus privilegiado que tiene la obligación de compartir sin pedir nada a cambio, todos los días y para siempre. Y si el honor más grande de un héroe es morir en el campo de batalla, existe el peligro de considerar equivocadamente el suicidio como alternativa antes de enfrentarse a algo falsamente percibido como humillación por la sensación perfeccionista de fallarle a una sociedad. Eso siempre será un error, y quizá grandes personas como Lorna Breen y Cheslie Kryst murieron sin saberlo.

Como lo planteado por la propia Keli Goff, debemos trabajar para que su muerte no sea en vano, debemos trabajar juntos como gremio de salud mental para que esta trágica muerte nos impulse a ayudar a otras personas exitosas por fuera y desesperadas por dentro, con el fin de detectarlas, sensibilizarlas y hacerles saber a tiempo que está bien buscar ayuda y asumir los propios límites, y está mal autoexigirse demasiado y considerar el cansancio o el malestar emocional como un signo de debilidad o de incapacidad profesional. En lo que encontramos a esas personas, podemos empezar con nosotros mismos, privilegiando el autocuidado por encima de cualquier otra obligación o actividad.



## FUENTES

Andriessen K, Krynsinnka K *et al.* (2019). Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. *Frontiers in Psychology* 10:2677. doi:10.3389/fpsyg.2019.02677.

Avila-Berni G, Rabelo-Da Ponte F *et al.* (2018). Potential use of text classifications tools of signatures of suicidal behavior: A proof-of-concept study using Virginia Woolf's personal writings. *PlosONE* 13(10):e024820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204820>.

Castelli-Dransart DA, Heeb JL *et al.* (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry* 15:265. Doi:10.1186/s12888-015-0655.

Desta Y. (02 de septiembre 2014). La viuda de Robin Williams habla de los últimos días de vida del actor en un desgarrador testimonio. *Vanity Fair España*. Disponible en: La viuda de Robin Williams habla de los últimos días de vida del actor en un desgarrador testimonio | Vanity Fair España (revistavanityfair.es)

Guerrero K. (19 de febrero de 2020). Suman seis suicidios de estudiantes del ITAM. *Milenio*. Disponible en: Suman seis suicidios de estudiantes del ITAM - Grupo Milenio

Hedman-Robertson AS & Sage SK (2021). Celebrity suicide: Media recommendations for reporting suicide not followed. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 42(6), 418-424. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000734>



- Helmore E. (06 de febrero 2022). A tragic loss for all: Who was former Miss USA Cheslie Kryst? *The Guardian*. Disponible en: 'A tragic loss for all': who was former Miss USA Cheslie Kryst? | New York | The Guardian
- Knoll C. (11 de julio 2020). 'I couldn't' do anything. The virus and an ER Doctor's suicide. *The New York Times*. Disponible en: 'I Couldn't Do Anything': The Virus and an E.R. Doctor's Suicide - The New York Times (nytimes.com)
- Jobes DA, Berman AL *et al.* (1996). The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the new media. *Suicide Life Threat Behav* 26(3):260-69.
- Jordan JR. (2017). Postvention is prevention. The case of suicide prevention. *Death Studies* 41(10):614-621. doi:10.1080/07481187.2017.1335544.
- Jordan JR & McGann V. (2017). Clinical work with suicide loss survivors: Implication of the US postvention guidelines. *Death Studies* 41(10):659-672. doi:1080/07481187.2017.1335553.
- Menon V, Kumar Kar S *et al.* (2021). Is there any link between celebrity suicide and further suicidal behavior in India? *Int J Soc Psychiatry* 67(5):453-460. Doi:10.1177/00207640209645531.
- Wikipedia. Cheslie Kryst. Disponible en: Cheslie Kryst - Wikipedia



# Guía para el autor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Estimado autor, para la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) es muy valioso el aporte que usted realiza al interesarse en divulgar su contenido científico a través de nuestro medio, por lo que hemos considerado prudente homologar el formato de los contenidos, de manera que puedan evaluarse de forma objetiva y uniforme. Lo invitamos a considerar los siguientes puntos antes de enviar su manuscrito, agradeciendo anticipadamente su interés y participación; algunos de los ítems propuestos se encuentran en los criterios editoriales (que también podrá consultar en nuestra página), pero se dejan aquí como parte de la consulta rápida:

- El manuscrito debe ser elaborado en Word, formato simple, con letra Arial 12 e interlineado de 1.5.
- Las referencias o bibliografía serán reportadas como Fuentes; deben estar anexadas y organizadas en formato APA.
- El orden general propuesto para su manuscrito será el de Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Fuentes y, si fuera el caso, anexos (aquí se incluirían imágenes, las cuales deben enviarse en formato jpg de alta resolución, así como tablas y diagramas, todas las cuales deben ir debidamente numeradas e identificadas en el texto). Para los reportes de caso, se propone sustituir Materiales y métodos/Resultados por Reporte del caso (incluir sólo la información relevante). Si existe alguna situación especial que no se ajuste a lo anotado, el comité editorial aprobará cambios a esta base.
- El manuscrito debe incluir un resumen cuya extensión (omitiendo título y apartados), no

supere las 250 palabras, el cual se distribuirá en el mismo orden en el que se dispone el artículo, adicionando después de éste el ítem de Palabras clave.

- Los nombres de los autores deben estar consignados completos, así como su profesión y adscripción actualizada. Sólo se debe incluir la información de contacto del autor principal (en caso de ser varios, se debe elegir uno solo).
- Los manuscritos serán enviados al correo [revistaapm@psiquiabrasapm.org.mx](mailto:revistaapm@psiquiabrasapm.org.mx). En caso de que el comité científico apruebe el contenido del artículo, este pasará a edición y se le comunicará al autor el número de la revista para el cual queda contemplado. En caso contrario, se le enviarán las observaciones pertinentes para su corrección.
- En caso de que el contenido de un manuscrito no se considere relacionado con el contexto de la revista, la Asociación se compromete a no conservar ninguna copia y a no realizar ningún tipo de difusión a través de nuestros medios.
- En caso de cartas al editor, sólo se requiere del nombre del autor, su adscripción, contacto, contenido de la carta y, si así se requiere, fuentes relacionadas (cuyo número máximo será de cinco).

La asociación se encuentra abierta a recibir sugerencias con respecto a todos los aspectos de la publicación; si tiene alguna, por favor hágala llegar al correo [revistaapm@psiquiabrasapm.org.mx](mailto:revistaapm@psiquiabrasapm.org.mx).

Nuevamente agradecemos su aporte, esperando que la RAPM pueda enriquecer la práctica clínica diaria de nuestro gremio a través de su apoyo.

