



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Trastorno Narcisista de la Personalidad. Un abordaje integral a partir de la Terapia de Esquemas de Young.**

Trabajo Final de Grado

Tutora: Prof. Tit. Dra. Gabriela Prieto

Revisora: Asist. Mag. Gabriela Fernández Theoduloz

Estudiante: Victoria Pereira Palacios 4.901.442-0

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, Uruguay

Febrero 2022

## RESUMEN

La presente monografía, constituye el Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). La misma refiere al Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP) y su abordaje integral a partir de la Terapia de Esquemas (TE). El TNP, se caracteriza principalmente por rasgos patológicos de grandiosidad y búsqueda de atención, que afectan el funcionamiento del individuo y de sus relaciones interpersonales (Caligor, Levy y Yeomans, 2015). La TE, es un tipo de psicoterapia innovadora e integradora, desarrollada originalmente para tratar los trastornos de la personalidad (TP) y problemas caracterológicos crónicos, que no respondían adecuadamente a terapia cognitivo conductual “clásica” (Young, Klosko y Weishaar, 2007). El objetivo de este trabajo, pretende concientizar y dar visibilidad sobre el TNP – etiología, características y consecuencias –, para una mayor comprensión del mismo; así como también, divulgar la importancia de su abordaje desde la TE, siendo éste, un tratamiento psicoterapéutico eficaz y especialmente diseñada para el TNP. A modo de contextualizar, se menciona la evolución histórica del constructo “Personalidad”, se describen los rasgos y modelos de personalidad, las diferencias entre normalidad y patología, y por último, se definen los TP. Luego, se introduce al TNP, detallando desde su etiología, hasta los elementos clínicos del trastorno. Posteriormente, se presentan las características generales de la TE, y se explican los esquemas, modos y estilos de afrontamientos propios de los individuos con TNP, así como el tratamiento específico para los pacientes con TNP. A su vez, se introduce un apartado que muestra la eficacia de la TE en general y para el TNP. Finalmente, se presentan las consideraciones finales que se derivan de esta monografía.

**Palabras claves:** *Personalidad, Trastorno Narcisista de la Personalidad, Terapia de Esquemas*

## ABSTRACT

This monograph is the Final Degree Project (FDP) of the Bachelor's Degree in Psychology of the University of the Republic (UDELAR). It refers to Narcissistic Personality Disorder (NPD) and its integral approach based on Schema Therapy (ST). NPD is mainly characterized by pathological traits of grandiosity and attention seeking, which affect the functioning of the individual and his interpersonal relationships (Caligor, Levy and Yeomans, 2015). ST is an innovative and integrative type of psychotherapy, originally developed to treat personality disorders (PD) and chronic characterological problems that did not respond adequately to "classical" cognitive behavioral therapy (Young, Klosko and Weishaar, 2007). The purpose of this paper is to raise awareness and give visibility to NPD – etiology, characteristics and consequences – for a better understanding of it, as well as to disseminate the importance of its approach from ST, which is an effective psychotherapeutic treatment specially designed for NPD. By way of contextualization, the historical evolution of the construct "Personality" is mentioned, personality traits and models are described, the differences between normality and pathology are described, and finally, PD is defined. Then, NPD is introduced, detailing from its etiology to the clinical elements of the disorder. Subsequently, the general characteristics of ST are presented, and the coping schemes, modes and styles of coping of individuals with NPD are explained, as well as the specific treatment for patients with NPD. Additionally, a section is introduced showing the effectiveness of ST in general and for NPD. Finally, the final considerations derived from this monograph are presented.

**Keywords:** *Personality, Narcissistic Personality Disorder, Schema Therapy*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	7
Personalidad .....	7
Rasgos y Modelos de la Personalidad.....	9
Personalidad normal y personalidad patológica.....	12
Trastornos de la Personalidad .....	13
TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD.....	17
Evolución histórica y etiología del Trastorno Narcisista de la Personalidad .....	17
Elementos clínicos del Trastorno Narcisista de la Personalidad .....	20
Prevalencia, curso y comorbilidades del Trastorno Narcisista de Personalidad .....	25
TERAPIA DE ESQUEMAS.....	27
Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual.....	27
Características generales de la Terapia de Esquemas.....	29
Esquemas, estilos de afrontamiento y modos característicos del Trastorno Narcisista de Personalidad .....	32
Terapia de Esquemas para el Trastorno Narcisista de Personalidad.....	35
Eficacia de la Terapia de Esquemas: general y para el TNP .....	38
CONSIDERACIONES FINALES .....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, tiene como objetivo principal, profundizar sobre el estudio teórico del Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP) y su abordaje desde la Terapia de Esquemas (TE), siendo ésta, una perspectiva integradora de diversas psicoterapias. Con respecto a la TE, se parte principalmente de los constructos realizados por Young (1990; 2003; 2007). En términos generales, para llevar a cabo esta producción teórica, se realizará una revisión de carácter bibliográfica sobre la personalidad, el TNP y la TE.

Como justificación de este trabajo académico, se destaca la comprensión del funcionamiento del TNP, ya que genera consecuencias negativas, sobre los pensamientos, afectos y comportamientos tanto de los individuos que lo padecen como en su entorno. El TNP, presenta una alta comorbilidad y se estima que su prevalencia oscila entre 0 y el 6,2 % de la población en general (DSM-IV-TR, APA, 2005). En tal sentido, es fundamental poder abordarlo desde la TE, ya que es un tipo de psicoterapia estructurada, muy eficaz y adecuada para tratar TP y otras psicopatologías (Cockram, Drummond, y Lee, 2010; Simpson, Morrow, van Vreeswijk, y Reid, 2010; Carter et al., 2013; Dickhaut y Arntz, 2014; Mirović, 2018; Gülüm, 2018; Wolterink y Westerhof, 2018; Fassbinder, Brand-de Wilde y Arntz, 2019).

Desde el inicio del estudio de la personalidad, se destacan varios autores que han contribuido a la comprensión de este constructo. Cabe señalar que, tanto a nivel clásico como contemporáneo, se ha indagado sobre la personalidad, y las diferencias entre una personalidad normal y una personalidad patológica (Cloninger, 2013; Dumont, 2010). En este sentido, se entenderá a la personalidad como una organización dinámica de los sistemas psicofisiológicos que determinan el modo de pensar y actuar característico de la persona (Allport, 1961). Por su parte, los rasgos de personalidad, se distinguen como las características que explican y mantienen el comportamiento de un individuo (Millon y Davis, 2000). En cambio, se habla de TP, cuando estos rasgos pasan a ser desadaptativos, generando perturbaciones en las maneras de pensar, sentir y comportarse del individuo (DSM-IV-TR, APA, 2005). Estos TP, se suelen agrupar en tres grandes grupos según sus características en común. El TNP forma parte del grupo B, cuyas personalidades se distinguen por la inestabilidad emocional, con una tendencia a la dramatización y la erraticidad (DSM-V, APA, 2014).

Este trabajo, particularmente se centrará en el TNP, entendiéndolo como un trastorno caracterizado tanto por un sentimiento de grandeza como por una necesidad excesiva de admiración y, una carencia de empatía (Ronningstam, 2010). Se desarrollará la evolución histórica y etiología del TNP, desde la perspectiva de diversos autores tanto psicoanalistas como cognitivos comportamentales, así como también, la descripción de sus características

clínicas. Este trastorno, será abordado desde la TE, puesto que aporta una gama de estrategias y técnicas diseñadas para el mismo (Young et al., 2007). En los últimos tiempos, ha surgido un mayor volumen de investigaciones científicas que comprueban su eficacia en los TNP (Ronningstam y Weinberg, 2013; Bamelis, Evers, Spinhoven, y Arntz, 2014; Bernstein et al., 2014; Bakos, Gallo, y Wainer, 2015; Caligor et al. 2015; de Klerk, Abma, Bamelis, y Arntz, 2017), así como en otros desórdenes psicológicos. Luego, se mencionará una introducción a la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), y se detallarán las características generales de la TE. También, se describirán los esquemas, modos y estilos de afrontamiento característicos de los narcisistas y el tratamiento específicamente diseñado para esta población. A su vez, se introducirá un subcapítulo que muestra la eficacia de la TE tanto en general como para el TNP en particular. Finalmente, se presentarán las conclusiones que se desprenden de esta monografía.

# PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

## Personalidad

El primer antecedente que se encuentra en la historia del estudio de la *personalidad*, remite a la teoría humoral de Hipócrates en el siglo V a.C. El filósofo describe cuatro tipos de temperamento: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático. Esta teoría se basa en que cada tipo de temperamento, tiene un exceso de un componente de sustrato biológico, siendo éstas, la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema. Los griegos y los romanos conjeturaban, que un equilibrio entre estos humores, creaba cualidades universales complementarias y antagónicas – humedad vs. sequedad, y frialdad vs. calidez – produciendo una armonía entre la razón, la emoción y la conducta (Albores, Marquez y Estañol, 2003).

Para Millon, T., Grossman, Millon, C., Meagher, y Ramnath (2006), la etimología del constructo “personalidad”, proviene del término “persona”, que aludía a las máscaras que utilizaban los actores en la antigüedad y, se relacionaba con una pretensión en la apariencia. Más tarde, este término ya no se utilizaba como máscara para representar a los aspectos de otro, sino que estaba asociado a las características manifiestas de la persona real. Finalmente, el uso contemporáneo del término “personalidad”, refiere y unifica tanto a las características explícitas como a las características psicológicas que posee el individuo (Millon et al., 2006).

A lo largo del tiempo, se fueron desarrollando diferentes teorías sobre la personalidad a partir de diversas corrientes psicológicas como el psicoanálisis, el modelo cognitivo conductual y la teoría humanista, entre otras.

Desde una perspectiva psicodinámica, Freud desarrolló un modelo topográfico, que estructura al aparato psíquico en tres niveles: inconsciente, preconscious y consciente. Luego, Freud publica “El ello y el yo” (1923), en donde elabora aún más los conceptos anteriores y describe a la mente integrada por: el ello, que es la parte más primitiva del aparato psíquico y está compuesto por pulsiones que buscan satisfacerse; el yo, que funciona como mediador entre las dos y la realidad exterior; y el superyó, que cumple con su rol moral y constituye la internalización de normas, reglas y prohibiciones de las figuras parentales. Para el autor, la personalidad implica la lucha entre estas tres grandes instancias psíquicas, siendo el yo la fuerza encargada de su gestión y equilibrio (Freud, 1923).

Posteriormente, como respuesta a la psicología del ello propia del análisis clásico, se desarrolló el estudio de las relaciones objetales, partiendo desde una perspectiva

psicodinámica. La teoría moderna de las relaciones objetales es, por un lado, cognitiva, pues señala que la realidad exterior es percibida tanto desde representaciones mentales como de modelos operativos internos (Bowlby, 1982); y por otro lado, interpersonal, siendo desarrollada en la primera infancia a partir del contacto con figuras parentales y personas significativas. Si bien esta teoría aborda la moralidad y sus condenas derivadas, también trata cómo las representaciones mentales de uno mismo y del entorno influyen en nuestra conducta (Millon et al., 2006).

En relación a lo indicado anteriormente, Kernberg, se convierte en el autor más destacado de la Teoría de las Relaciones Objetales (1967), y plantea tres estructuras de la organización de la personalidad, siendo éstas la neurótica, límite y psicótica; que representan distintos niveles en la organización de la personalidad. Según este autor, se debe de tomar en cuenta al momento de diferenciar la organización de la personalidad, tanto el nivel de integración de la identidad, así como también a las operaciones defensivas y el resultado de la prueba de realidad de la persona (Kernberg, 1979).

Por el contrario, Allport (1937) propuso una psicología humanista de la personalidad, en la cual considera que la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofisiológicos que determinan el modo de pensar y actuar característico de la persona. La Teoría de Allport (1955) introduce el concepto de “propium”, que incluye la totalidad y unidad de los aspectos de la personalidad. Estos aspectos – sentido del yo corporal, auto identidad, autoestima, auto-expresión, auto-extensión, autoimagen, yo como operador racional, esfuerzos direccionados a objetivos en la vida y, el sentido de la totalidad de la persona – van a aparecer a lo largo del desarrollo de la persona.

En cuanto a las perspectivas contemporáneas de la personalidad, se encuentran diversas concepciones, siendo sus exponentes máximos Millon (1976), Beck y Freeman (1995) y Cloninger (1986).

La personalidad se describe como un patrón complejo de características psicológicas, que se manifiestan en distintas áreas del funcionamiento de la persona, y que son difíciles de cambiar. Estas características intrínsecas, derivan de componentes biológicos y de experiencias de aprendizajes que moldean las formas de sentir, pensar y actuar propias de una persona (Millon et al., 2006).

Según Millon (1990) la personalidad es “el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos” (Sánchez, 2003, p.167). En otros términos, caracterizada por la capacidad de adaptación y flexibilidad con respecto a su entorno.



Por otro lado, Izquierdo (2002) concibe a la personalidad como una configuración de sistemas, siendo éstos, el de percepción, cognición, emoción, motivación y acción. En este sentido, la personalidad sería determinada por la interacción singular que presenten sus sistemas psíquicos. Para el autor, “los diferentes tipos de personalidad quedarían así configurados por coaliciones particulares de unos u otros sistemas. Estas coaliciones pueden ser más o menos duraderas y estar más o menos asentadas” (Izquierdo, 2002, p.629).

Para Weishaar y Beck (2006), en la teoría cognitiva, se parte desde una teoría de la personalidad que subraya al procesamiento de la información como un factor importante en la activación de respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales del individuo sobre sí mismo, sobre los otros y el futuro. La personalidad es una organización que integra estas respuestas y las engloba en esquemas – estructuras estables – y modos – organización de esquemas relacionados con expectativas, evaluaciones reglas y recuerdos –, con el fin de prolongar la homeostasis y fomentar la adaptación al entorno.

Por otro lado, Cloninger (1986) desarrolla su modelo a partir del concepto de personalidad de Allport (1936) y del constructo de Thorpe de aprendizaje, así como también, desde una perspectiva biológica. El autor integra los conocimientos de la investigación neurobiológica, los modelos cognitivos conductuales, la psicología humanista y, los estudios psicodinámicos. Esta teoría, relaciona los rasgos genéticos-neuro-biológicos con sistemas de neurotransmisores particulares.

En tal sentido, Cloninger (2009) sostiene que la personalidad se constituye por componentes biológicos innatos – algunos de ellos son compartidos con otras personas mientras que otros son más distintivos – que con el paso del tiempo, son moldeados por la influencia del entorno (e.g. la familia, la sociedad y la cultura) en la cual se encuentren inmersos. Como consecuencia, la personalidad es formulada por el patrón resultante de conductas, cogniciones, y patrones emocionales.

## **Rasgos y Modelos de la Personalidad**

Cabe mencionar, que la mayoría de los autores coinciden en que la personalidad está conformada por los rasgos dimensionales de *carácter* y *temperamento*. El temperamento es determinado fuertemente por componentes biológicos innatos influenciados, mientras que el carácter refiere a los procesos de socialización y aprendizaje social (Svrakic y Cloninger, 2010).

Para Izquierdo (2002), el temperamento se relaciona con la activación global en los sistemas motores y sensoriales, siendo sus características relativamente estables en el tiempo ya que mantienen una continuidad con otras características de la personalidad. Por otro lado, el carácter tiene que ver con los rasgos singulares de una persona, es otras palabras, es lo que configura los pensamientos y formas de sentir aprendidas desde los primeros años de vida.

Asimismo, Azpiroz y Prieto (2011) sostienen que si bien en el temperamento está involucrada “la disposición innata y genéticamente determinada a reacciones particulares frente a estímulos del ambiente” (p.13), en el carácter se observa un proceso de socialización entre estos supuestos subyacentes biológicos y el ambiente que sea conforme a las normas sociales.

En este sentido, para Clark y Watson (1999), el temperamento se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad. En cambio, el carácter se compone de rasgos de la personalidad moldeables a partir tanto del proceso de desarrollo como de experiencias subjetivas (De la Fuente, 1983, como se citó en Albores et al., 2003).

En definitiva, si bien estas definiciones de los rasgos de temperamento y carácter descritas anteriormente tienen algunas diferencias y marcan su impronta según cada autor/a, en general guardan una gran similitud.

Consideremos ahora, la perspectiva de rasgos y factorial, siendo otro de los enfoques teóricos de la personalidad vinculado a la historia de los rasgos de la personalidad. Esta perspectiva sienta los precedentes para el desarrollo de diversos modelos de personalidad (Millon et al., 2006).

Como resultado, surgen los *modelos psicobiológicos* y los *modelos factoriales léxicos* de la personalidad. Estos últimos, se caracterizan por describir a los rasgos de personalidad a partir en la dialéctica del lenguaje, sin abordar la explicación de las causas (Costa y McCrae, 1992).

Empezaré por considerar al “Modelo de los Cinco Grandes” creado por Costa y McCrae (1985; 1992), siendo el modelo de personalidad factorial con mayor aceptación y mayor empleo en el mundo. Este proviene de las vertientes de investigación psicoléxica – modelo que proclama al lenguaje como una fuente de datos del que se puede caracterizar a la personalidad – y de la tradicional factorial – que estudia el surgimiento de la personalidad, en función del análisis factorial y en base a cuestionarios aplicados (Dolcet i Serra, Aluja y García Rodríguez, 2006).

Las dimensiones de los rasgos de personalidad propuestas por Costa y McCrae (1985; 1992) son: *neuroticismo* (N), que contrapone la estabilidad con la inestabilidad

emocional; *extraversión* (E), referida a la sociabilidad; *apertura a la experiencia* (O), asociada con la sensibilidad estética, la imaginación activa, la introspección, el gusto por lo diferente y lo desconocido, creatividad e independencia de juicio; *amabilidad* (A), apunta a la capacidad de adaptación al constituir y mantener relaciones interpersonales; y *responsabilidad* (C), responde al autocontrol tanto en los impulsos como al momento de planificar, organizar y llevar a cabo tareas. El test encargado de evaluar estos rasgos es el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 2008).

En contraste, los Modelos Psicobiológicos de la Personalidad, sostienen que los factores subyacentes biológicos pueden ser relacionados con los rasgos dimensionales de la personalidad, con el objetivo de universalizarlos (Eysenck, 1970).

Uno de estos modelos, es el modelo de los “Cinco Alternativos”. Zuckerman (2005) desarrolla un modelo factorial y biológico de personalidad, tomado como antecedente a los estudios de Eysenck (1967; 1985) y Gray (1982). Una de sus metas era poder distinguirse del modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992) argumentando que el análisis léxico no constituía un punto de partida relevante para estudiar los rasgos de personalidad. Mientras que este modelo si, ya que cuenta con una base biológica que define la estructura dimensional de la personalidad (Dolcet i Serra et al., 2006)

Las dimensiones de los rasgos de la personalidad son: *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* (ImpSS), relacionada con una búsqueda activa de situaciones que generan excitación y riesgo, sin lugar a la planificación y pensamiento de consecuencias; *Neuroticismo-Ansiedad* (N-Anx), caracterizada por una preocupación emocional, indecisión, miedos, sensibilidad a la crítica y falta de confianza en uno mismo; *Agresión-Hostilidad* (Agg-Host), refiere a expresión agresiva, desconsideración, conducta antisocial y malicia para con los demás; *Actividad* (Act), determinada por la necesidad de hacer cosas y con tener pocas herramientas de relajación; y *Sociabilidad* (Sy), vinculada a la necesidad de tener muchos amigos y pasar tiempo con ellos, así como también realizar actividades en conjunto. Todos estos rasgos son evaluados por el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman - ZKPQ- (Zuckerman, 2005).

Examinaremos ahora el Modelo de Cloninger (1993), siendo otro de los Modelos Psicobiológicos de la Personalidad. El autor intentó conformar una teoría de la personalidad que fuera tanto explicativa o causal como predictiva. Uno de los aspectos que lo hace diferenciar del modelo de Zuckerman (2005), es que este modelo distingue rasgos de personalidad de temperamento y carácter (Svarkic y Cloninger, 2010). La idea de Cloninger, era integrar conocimientos de la investigación neurobiológica, los modelos cognitivos conductuales, la psicología humanista así como también estudios psicodinámicos. Este

modelo integra “el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural” (Bayón, 2006, pp. 13)

En su inicio, el modelo se constituía por tres dimensiones del Temperamento: *Búsqueda de novedad* (BN); *Evitación del daño* (HA); y *Dependencia de la recompensa* (RD) (Cloninger, 1986). Luego de una revisión, Cloninger et al. (1993) agregan la dimensión de Persistencia. No obstante, la modificación más significativa del modelo, surge al agregar las dimensiones de Carácter: *Autodirección* (SD), *Cooperación* (C), *Autotrascendencia* (ST). La evaluación de todos los rasgos, se efectúa mediante el Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (TCR-R) (Cloninger et al., 1993).

Este modelo aspira a vencer, por un lado, a las diferencias entre los factores biológicos y ambientales en el estudio de la personalidad, al abordarlos desde una perspectiva integral y, por el otro, a derribar la disputa entre modelos categoriales y dimensionales (Cloninger, 2008).

## **Personalidad normal y personalidad patológica**

Previo a desarrollar las definiciones y características de los TP, resulta pertinente esclarecer la descripción de los constructos de *normalidad* y *patología*, así como exponer sus diferencias.

Uno de los pilares fundamentales de la Teoría de Millon (1976) sostiene que los conceptos relativos de normalidad y patología se establecen dentro de un continuum. En tal sentido, tanto la personalidad normal como la patológica poseen los mismos fundamentos y procesos de desarrollo, siendo iguales en esencia en cuanto a la constitución de sus rasgos (Millon, 2002).

Se debe agregar que, la normalidad de la personalidad remite a la conformidad tanto con los comportamientos como con las costumbres características de la cultura o grupo (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007).

Para Azpiroz y Prieto (2011), la normalidad desde un criterio psicológico, implica que la distribución de las variables psicológicas es normal en la población general. Sin embargo, resulta pertinente no confundir lo que se considera normal con lo común o habitual.

Cabe destacar, que los rasgos de personalidad son normales y muestran las características del individuo. Los mismos, permiten un estilo de vida que promueve la salud, flexibilidad y una adecuada adaptación para vincularse con el ambiente, así como también,

percepciones constructivas sobre sí mismo y el entorno. Sin embargo, cuando estos rasgos se vuelven inflexibles y desadaptativos es cuando se habla de un TP. Estos trastornos, presentan una tendencia a generar conflictos interpersonales, una inclinación a perpetuar círculos viciosos, y un estado tanto de labilidad emocional como de conductas rígidas y desadaptativas que perjudica la salud mental, física y social del sujeto (Cardenal, et al., 2007).

Para Millon et al. (2006), los TP guardan relación con los problemas de la vida cotidiana así como con aquellas ansiedades no expresadas y persistentes. También, suponen la repetición de frustraciones y conflictos que obstaculizan el funcionamiento del sujeto.

Hay que mencionar además que, en el pasado, los TP se consideraban estables y persistentes, desde la adolescencia temprana hasta, por lo menos, la edad adulta. Sin embargo, esta visión cambió cuando se descubrió que tanto los factores genéticos como los ambientales influyen en los rasgos y TP y que, así mismo, los factores ambientales y las experiencias de aprendizaje podrían influir en el comportamiento y los procesos de pensamiento (Verheul, 2003).

Verheul (2009) señala que a partir de los estudios sobre la mutabilidad en los TP, se pudo demostrar que la recuperación del mismo era posible, y que en algunos casos sin tratamiento, la recuperación se daba por sí sola. Se ha llegado a la conclusión de que, tanto rasgos como TP se pueden modificar y que existen diversos tipos de terapias especializadas que resultan efectivas al momento de tratar los diversos TP.

## **Trastornos de la Personalidad**

La *American Psychology Association* (APA) es la primera organización científica que categoriza y les da una entidad a los *Trastornos de Personalidad*. Este trabajo académico, se apoya fundamentalmente en los criterios diagnósticos pertenecientes al DSM-IV-TR (APA, 2005) y al DSM-V (APA, 2014).

Millon (1997) formula el modelo multiaxial con el fin agrupar los diversos trastornos mentales del DSM, promoviendo las nociones integradoras de los síntomas de los sujetos. El objetivo del modelo pretende reflejar la actividad global de una persona, a partir de la agrupación de diversas características de la personalidad y síntomas, en cinco ejes que reflejan diferentes niveles de influencia en el comportamiento (Cardenal, et al., 2007).

Antes de que existieran los sistemas multiaxiales para clasificar a los trastornos, no se le prestaba tanta atención a las patologías en la personalidad, y se priorizaron otros

trastornos, como los del estado de ánimo y los psicóticos. Sin embargo, a partir de la introducción de la clasificación multiaxial en el DSM III (1980), se establecieron los rasgos y trastornos de personalidad como un elemento sustancial de todas las patologías (Bayón, Hill, Svrakic, Przybeck, y Cloninger, 1996).

Con respecto a la etiología de los TP, existe evidencia empírica que avala que tanto los factores genéticos como los ambientales cumplen un papel fundamental en los TP y en otros cuadros psiquiátricos (Gunderson y Pollack, 1985).

Por otra parte, resulta importante señalar que el modelo categórico clasifica a los trastornos como una entidad, basada en la presencia o ausencia del trastorno, y con límites bien marcados entre un trastorno y el otro (Widiger y Gore, 2015). El modelo categórico es propio tanto del DSM-IV-TR como de la CIE-10, determinando que las patologías deben ser definidas e individuales. Este criterio categorial tiene origen en el modelo clásico de Schneider (1943) (Esbec y Echeburúa, 2011).

En cuanto a las críticas que recibió este modelo, existe un consenso sobre la insuficiente correlación entre las personas y los criterios planteados, la comorbilidad y solapamiento entre diagnósticos, así como también, carente fiabilidad y validez en cuanto al diagnóstico y mínima utilidad para la terapia (Esbec y Echeburúa, 2011). En cambio, el modelo dimensional propone que los límites son difusos, tanto en el concepto de normalidad como entre diversos trastornos. Este modelo, sugiere una distribución continua en la psicopatología, siendo desplazada imperceptiblemente hacia el funcionamiento psicológico normal (Widiger y Gore, 2015).

Era habitual que los pacientes con TP, cumplieran los criterios diagnósticos de más de un trastorno, a pesar de los esfuerzos por dar lugar a diagnósticos específicos y diferenciados. Resultaba evidente que las personas no se describen bien por un solo conjunto particular de rasgos desadaptativos, sino que cada persona tiene una constelación relativamente única de rasgos de personalidad, siendo algunos adaptativos y otros desadaptativos. Por consiguiente, se produce un límite difuminado entre el funcionamiento normal y anormal de la personalidad (Widiger y Gore, 2015).

Sin embargo, en el DSM-V (APA, 2014) se mantuvo el modelo categorial. Si bien, la Sección II sigue respondiendo a este modelo y clasifica a los TP igual que en el DSM-IV-TR (APA, 2005), la creación del “Modelo Alternativo” en la Sección III plantea este sistema dimensional en base a rasgos y funcionamiento de la personalidad.

El nivel de *funcionamiento de la personalidad*, va a depender del grado de perturbación que tenga la persona en la dimensión personal e interpersonal. La dimensión personal se compone por los aspectos de identidad y autodirección, mientras que la interpersonal se constituye por las nociones de empatía e intimidad. Para llevar a cabo un

diagnóstico, debe efectuarse una valoración en los niveles de funcionamiento y que haya una perturbación moderada o grave en dos o más de estos niveles (Esbec y Echeburúa, 2014).

La tipificación del TP, es mediante una evaluación de cinco grandes dimensiones (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición, psicoticismo) en las cuales se distribuyen 25 rasgos de personalidad. Esta perspectiva de rasgos y dominios se ajusta con el modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992), así como también, con el Modelo Psicobiológico de la Personalidad (Cloninger, 1993), entre otros (Esbec y Echeburúa, 2014).

Dentro las ventajas del abordaje dimensional, se puede adjudicar la evitación de comorbilidad en los diagnósticos, el continuum entre los rasgos de personalidad y sus interrelaciones y la garantía de un sustento empírico (Gutiérrez y Villar, 2014).

Hecha esta salvedad, a continuación se describen los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2005), expuestos en la figura 1, así como también, los criterios diagnósticos según el Modelo Alternativo del DSM-V (APA, 2014), en la figura 2.

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
  - (1) cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
  - (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
  - (3) actividad interpersonal
  - (4) control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal).

*Figura 1* - Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad. Adaptado de American Psychiatric Association (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson

Las características esenciales para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad son:

- A. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal).
- B. Uno o más rasgos patológicos de la personalidad.
- C. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- D. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente estables a través del tiempo, y se inician al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.
- E. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad del individuo no se explican mejor por otro mental.
- F. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p. ej. un traumatismo craneoencefálico grave).
- G. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad del individuo no se conciben como normales para la etapa del desarrollo de la persona o su entorno sociocultural.

*Figura 2* - Características esenciales para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad. Adaptado de American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición (DSM-V). Madrid: Panamericana

A continuación se despliegan algunas definiciones y características que presentan todos los TP.

Desde una perspectiva cognitiva, Bayón (2006) sostiene que los TP se describen en el extremo de las variaciones de los rasgos del temperamento, sumado a una gran dificultad en los aspectos que refiere a la identidad, a los vínculos y a la intimidad. Fundamentalmente, los rasgos de carácter “autodirección” y “cooperación” son los que definen si existe o no el trastorno.

Por otra parte, Azpiroz y Prieto (2011) aseguran que la gran parte de los TP son egosintónicos, es decir, las personas que lo padecen no tienen conciencia del mismo, aunque esto no quita que sufran sus consecuencias. También puede considerarse el deterioro subjetivo que estas personas infligen en los demás. No obstante, existen personalidades egodistónicas, que al tener conciencia del trastorno, perciben el sufrimiento y sentimientos de desgracia, así como también, el deseo de ser de otra manera (Esbec y Echeburúa, 2011).

Es importante señalar que, los TP presentan diferentes niveles en el funcionamiento de los sujetos. Un funcionamiento elevado, indica que el individuo se adapta relativamente bien en el transcurso de la vida pero presenta dificultades en la estabilidad en las relaciones



interpersonales. Mientras que, un funcionamiento bajo, se asocia a grandes dificultades en el área social y laboral (Azpiroz y Prieto, 2011).

Por otro lado, se debe agregar que los TP se dividen en tres grupos de trastornos de personalidad y un grupo de trastornos no especificados. Los trastornos que pertenecen al grupo A se caracterizan por ser raros o excéntricos, los del grupo B se distinguen por ser dramáticos, emocionales o erráticos, y los trastornos del grupo C se caracterizan por ser ansiosos o temerosos (DSM-IV-TR, APA, 2005; DSM-V, APA, 2014).

Otro rasgo que describe a estos grupos indica que la sintomatología de los TP pertenecientes al grupo B tiende a disminuir con la edad, mientras que en los trastornos de los grupos A y C, la misma tiende a aumentar con la edad debido al retraimiento social (Esbec y Echeburúa, 2011).

## **TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD**

### **Evolución histórica y etiología del Trastorno Narcisista de la Personalidad**

El término "*narcisismo*" tiene orígenes en el mito griego de Narciso. El mito cuenta que Narciso se enamoró de sí mismo al observar su reflejo en el agua de una fuente. Posteriormente, Ellis (1898) considera al término "narcisismo" por primera vez, desde una perspectiva psicológica que lo conceptualizó como autoerotismo, esto es, al emplear el propio cuerpo tratándolo como objetivo sexual (Millon y Davis, 2000).

Más tarde, el psicoanalista Rank (1911) definió al narcisismo, como una vanidad y una admiración de sí mismo que no era exclusivamente sexual, sino que también cumplía funciones defensivas (Levy, Ellison y Reynoso, 2011).

Por su parte, Freud (1905) enmarcado en la teoría psicoanalítica, introdujo el narcisismo cuando elaboró sus primeros ensayos sobre desarrollo psicosexual. Posteriormente el autor, en la conferencia de la Sociedad Psicoanalítica de Viena (1909), se refiere al narcisismo como una etapa normal del desarrollo que se encuentra en el intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal (Freud, 1914). Luego, en "Introducción del narcisismo" (Freud, 1914) define al mismo como "aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual" (Freud, 1914, p.71), siendo esta noción propia a la pulsión de autoconservación.

De acuerdo con Freud (1914), existe una división entre el narcisismo primario y el narcisismo secundario, siendo el primario un estado beatífico, un lugar intermedio entre el autoerotismo – placer de órgano – y el amor de objeto, mientras que el secundario, se apoya sobre la base del narcisismo primario, es decir, que “nace por replegamiento de las investiduras de objeto” (p. 73).

Por su parte, Kohut (1989) consideraba que el narcisismo era una patología derivada de los errores en la integración del self o sí mismo cuando el niño era pequeño. En otras palabras, el origen del narcisismo se fundamenta a partir tanto de la detención del desarrollo como de la regresión a puntos de fijación previos.

En este sentido, el narcisismo se caracteriza por la subestimación así como la tendencia a presentar episodios hipocondríacos y sentimientos de desvitalización, alternando fases de depresión episódica. El autor advierte que las personalidades narcisistas logran “un self cohesivo y han construido objetos arcaicos idealizados cohesivos” (Kohut, 1989, p. 19), por ende, como sus configuraciones psíquicas son estables y se encuentran cohesionadas, en la relación terapéutica, los pacientes logran establecer transferencias narcisistas sin peligrar su fragmentación, y son analizables (Kohut, 1989).

En cambio, para Kernberg (1987), la personalidad narcisista y la personalidad fronteriza son similares. Según el autor, las experiencias históricas de la gran mayoría de individuos que presentan este tipo de personalidades, deriva de figuras parentales consistentemente frías, indiferentes, rencorosas y agresivas; así como también, aquellas figuras parentales que actuaron con su hijo/a como el ser prodigio, genio y el más importante de todos. Esta última característica sirve de refugio transitorio para los niños ya que se sienten especiales, únicos, y que son el centro de la atención. Sin embargo, a medida que transcurre el desarrollo, los sentimientos latentes de desamor y desapego por parte de sus padres, van desarrollando la relación del sí mismo forjada en la lucha entre el amor y la agresión. Las características patológicas de los narcisistas adultos hacen que la denostación y la devaluación de los otros, no sea más que una proyección de su autoimagen.

En suma, de acuerdo con Kernberg (1987), el narcisismo se caracteriza principalmente por una centralización exagerada del individuo en sí mismo, que por lo general se acompaña de una pseudo-adaptación ya que la misma solo es eficiente de forma superficial conteniendo severas distorsiones en las relaciones internas que establecen con los otros. El autor asegura que tanto la personalidad narcisista como la organización fronteriza tienen en común sus mecanismos de defensa, siendo los principales, la escisión o disociación primitiva. Estas defensas actúan al disociar o escindir los estados yoicos conscientes. Sin embargo, la organización narcisista y la fronteriza se diferencian en base a la integración del

sí-mismo. Por su parte, a diferencia de la personalidad fronteriza, la personalidad narcisista presenta una noción integrada de sí-mismo pero exageradamente grandiosa.

Como resultado de los aportes teóricos de estos autores, los diferentes tipos de individuos narcisistas, se pueden ubicar en los extremos de un continuo que apunta a un estilo característico de relación interpersonal. En uno de los extremos se ubica al narcisismo no consciente o desatento, y en el otro, al narcisismo hipervigilante. Por un lado, el *narcisista no consciente* se encuentra tan abstraído en sí mismo que pareciera no tener idea de su impacto y reacciones en los otros. Estos individuos, se caracterizan por mantener conversaciones referenciales sobre sus logros, siendo este un aspecto que devela su necesidad de ser el centro de atención. Mientras que, el *narcisista hipervigilante* es un individuo tímido o inhibido, que se distingue por ser hipersensible a las reacciones de los demás. Estos sujetos evitan ser el centro de atención para no sufrir situaciones que consideren como vergonzosas y humillantes (Gabbard, 2002).

Por el contrario, desde la Teoría del Apego – cuyo núcleo es la interacción entre bebé y la figura materna/paterna en los primeros años de vida – se sostiene que el estilo de apego es el resultado del individuo en la infancia con su cuidador, cuyo estilo diferente puede afectar a su capacidad de integrar la representación de sí mismo y el patrón de relación interpersonal con los demás. El narcisismo es la consecuencia de un estilo de apego inseguro, y las dificultades de éste aumentarán la vulnerabilidad de sus aspectos psicológicos (Bowlby, 1979).

Ahora bien, para Young et al. (2007), los *orígenes del narcisismo* se pueden rastrear en cuatro elementos determinantes del contexto infantil: soledad y aislamiento, límites insuficientes, historial de ser utilizado o manipulado y aprobación condicional. Sus figuras parentales no han logrado demostrar sus afectos hacia estos niños. Por ende, los narcisistas han sufrido una ausencia de amor genuino y empatía por parte de sus progenitores, así como también se han sentido rechazados o distintos a sus pares.

Hay que mencionar que, la infancia de los narcisistas suele estar caracterizada por la ausencia de caricias, besos y abrazos de sus padres. Sin embargo, es común que reciban su atención y admiración cuando responden a los estándares estipulados por ellos. Esto se relaciona con que recibieron aprobación condicional y no amor puro. Su aprobación estaba condicionada ya que los padres los han hecho sentir especiales si cumplían sus estándares, sino eran ignorados o despreciados (Young et al., 2007).

Los autores sostienen que, con frecuencia, las personas con TNP carecen de límites ya que en su infancia estos fueron insuficientes. Es común que hayan sido consentidos en lo material pero emocionalmente no fueron mimados. También puede que los padres no les hayan enseñado a tener en cuenta los sentimientos de las demás personas. El sentimiento

de admiración y de ser “especiales” queda sustituido por el sentimiento de amor genuino que no han tenido. Muchos de los narcisistas, durante su infancia han sido víctimas de abuso y/o manipulación de sus padres (e.g. han sido abusados sexualmente por uno de sus padres o utilizados para cumplir las necesidades insatisfechas de éxito de ellos). No es extraño que el terapeuta constataste que alguno de los padres del paciente haya presentado un TNP (Young et al., 2007).

En cuanto a los factores ambientales, el entorno familiar desempeña un papel importante en el desarrollo de los niños. La falta de estimulación y afecto por parte de los padres conduce a la incapacidad de los niños para manejar las emociones, la empatía y la conexión con otras personas a nivel emocional. Si un niño ha sufrido abusos físicos o sexuales, es probable que desarrolle un apego ambivalente y una baja autoestima. Es probable que construyan su apego obligándose a ser perfectos (Pi y Zuo, 2021).

Otra forma en la que una persona puede desarrollar el TNP es a partir de la genética. Cualquier miembro de la familia que haya sido diagnosticado con este trastorno puede hacer que se pasen de una generación a otra (Deng, Ding y Liao, 2021). En tal sentido, los científicos aún no han descubierto una causa genética clara del TNP. Sin embargo, un estudio muestra que la molécula 8-OH-DG es un biomarcador de estrés oxidativo que se encuentra muy relacionado con el TNP (Pi y Zuo, 2021).

En concordancia con Fang y Chung (2019), resulta clave descubrir el origen de los comportamientos de los narcisistas ya que, como se señaló arriba, muchos factores están involucrados en la aparición y desarrollo del trastorno.

## **Elementos clínicos del Trastorno Narcisista de la Personalidad**

Antes de comenzar a exponer los elementos clínicos del trastorno, es importante describir brevemente las características del grupo B, así como los criterios diagnósticos para el TNP que presenta en el DSM-IV-TR (APA, 2005) y en el Modelo Alternativo del DSM-V (APA, 2014) para ver sus similitudes y diferencias.

Cabe mencionar, que la distribución de TP en grupos planteada por el DSM-IV-TR, considera que el *Trastorno Narcisista de la Personalidad* pertenece al grupo B, junto con el trastorno antisocial, histriónico y límite (APA, 2005).

Elkin (1998) advierte que este grupo es inestable emocionalmente y se caracteriza por una exagerada emotividad, dramatización y un funcionamiento errático. Las personas

muestran una inestabilidad yoica, ya que su self se encuentra mal definido, a la vez que es poco realista y la autoestima se halla devaluada, razón por la cual se presentan dificultades para separarse de los otros (como se citó en Azpiroz y Prieto, 2011).

Es posible que las personas que presenten alguno de los trastornos mencionados anteriormente, generen consecuencias negativas tanto en ellos mismos como en su familia, amigos y la sociedad en la que viven (Pi y Zuo, 2021).

Por otro lado, la evaluación del TNP es complicada de realizar, más aún cuando existe la comorbilidad con otros trastornos, tanto trastornos pertenecientes al Eje I como otros trastornos de personalidad (Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers, y Corenthal, 1985).

A continuación, se detallan los Criterios diagnósticos del TNP según el DSM-IV-TR (APA, 2005), en la figura 3.

Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior sin unos logros proporcionados)
- (2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- (3) cree que es “especial” y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto *status*
- (4) exige una admiración excesiva
- (5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
- (6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- (7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
- (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

*Figura 3* - Criterios diagnósticos de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]. Adaptado de American Psychiatric Association (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson

No obstante, para el Modelo Alternativo del DSM-V (APA, 2014), la descripción del TNP se expone en la figura 4.

<p>Trastorno de la personalidad narcisista. Criterios diagnósticos propuestos</p> <p>A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identidad: referencia excesiva a los demás para la autodefinition y regulación de la autoestima; autoevaluación exagerada o subestimada, u oscilando entre los extremos; la regulación emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima.</li><li>2. Autodirección: establecimiento de objetivos basados en la obtención de la aprobación de los demás, estándares personales excesivamente elevados con el fin de verse a uno mismo como algo excepcional, o demasiado bajos en base a un sentido de “tener derecho”; a menudo no son conscientes de sus propias motivaciones.</li><li>3. Empatía: deterioro de la capacidad para reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los otros; pendiente en exceso de las reacciones de los demás, pero solo de aquellas personas que consideran relevantes; sobre o subestimación del efecto que causa en los demás.</li><li>4. Intimidad: relaciones en gran medida superficiales, que se entablan para la regulación del autoestima; reciprocidad restringida y con poco interés genuino en las experiencias de los demás; predominio de la necesidad de obtener beneficios personales.</li></ol> <p>B. Ambos de los siguientes rasgos patológicos de la personalidad:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Grandiosidad (un aspecto del antagonismo): sentimiento de “tener derecho” ya sea explícito o encubierto; egocentrismo; sostiene firmemente la creencia de que es mejor que los demás; condescendiente con otras personas.</li><li>2. Búsqueda de la atención (un aspecto del antagonismo): intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.</li></ol>
---

*Figura 4* - Trastorno de la personalidad narcisista. Criterios diagnósticos propuestos.

Adaptado de American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta edición (DSM-V). Madrid: Panamericana

De acuerdo con Othmer, E. y Othmer, S. (1996), estos individuos se caracterizan por un patrón de relacionamiento problemático y una comunicación no asertiva en sus relaciones interpersonales, lo que provoca sufrimiento psíquico que tratan de compensar con el afán de impresionar a los demás mediante su forma de comportarse.

Según Azpiroz y Prieto (2011), las personas con TNP presentan un sentido grandioso de autoimportancia, procurando que sobrevaloren y exageren sus capacidades y conocimientos. Se les puede caracterizar como arrogantes, irónicos, demandantes y autoritarios. Pueden pasar de un sentimiento de bienestar y optimista velozmente a sentirse irritados en situaciones de estrés o si piensan que están siendo humillados por los demás.

Como mencionan Lobbestael, Van Vreeswijk y Arntz (2007), es frecuente que ataquen y humillen a quienes interactúen con ellos, ya que siempre están intentando evitar el daño hacia su persona. Estos sujetos se protegen de las experiencias interpretadas como vergonzosas por ellos mismos y la sensación de abandono que subyace bajo la sensación de fracaso.

Los narcisistas son individuos que buscan la admiración y carecen de empatía cuando no son admirados. Esto significa que buscan constantemente la atención de los demás, sintiéndose tristes y deprimidos cuando muchos los ignoran. Algunos llegan incluso a desaprobar o enojarse con los otros por no recibir la atención que necesitan (Deng et al., 2021). En cuanto a los rasgos característicos de este trastorno se puede señalar que, son extremadamente arrogantes y suelen creerse superiores a todos los que le rodean. Tampoco son capaces de mantener una relación durante mucho tiempo, y tienden a frustrarse cuando las cosas no salen según lo previsto (Deng et al., 2021).

Por su parte, Beck y Freeman (1995), en términos generales, sostienen que los narcisistas asisten a una consulta psicológica cuando presentan síntomas agudos, o por algún problema grave en sus relaciones afectivas, problemas en el trabajo o alguna crisis que les produzca humillación. Lo típico es que inicien un tratamiento por una perturbación sintomática de trastornos depresivos, como el episodio depresivo, trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. Estas depresiones se producen por una divergencia entre sus expectativas y/o fantasías con su realidad.

Los autores plantean que, en cuanto a la presentación conductual, es frecuente que se presenten con un aspecto muy atractivo o cuidado, que se puede notar la perfección de su peinado, su indumentaria así como un estado físico propio de una persona que entrena. La preocupación excesiva en su bienestar y aspecto develado en conductas verbales y no verbales (e.g. quitar pelusas, alisar la ropa, tener una postura relajada o muy rígida y una mirada altanera) manifiestan un valor diagnóstico (Beck y Freeman, 1995).

Para Faccini y Allely (2016), esta población es proclive a manifestar irritabilidad e ira en situaciones en las que estén expuestos a experimentar fracaso y rechazo social. Esto se debe a que, si sienten amenazas hacia su ego, tienen una tendencia a reaccionar con agresividad.

De acuerdo con Beck y Freeman (1995), es típico que formen parte de un gran círculo social pero carecen de vínculos estables y duraderos. En sus relaciones afectivas son muy demandantes y es común que no hayan encontrado a alguien lo “suficientemente bueno” o hayan tenido múltiples rupturas. En las relaciones sociales, al comienzo causan una buena impresión que con el tiempo pierde como causa de su rudeza, ironía aguda, malintencionalidad, grosería e ingratitud. Es común que esperen de los demás un trato con

halagos y alabanzas hacia ellos, aunque no están dispuestos a corresponder dicho trato. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por estar sostenidas a favor de su conveniencia.

Es importante señalar que, para King, Grenyer, Gurtman y Younan (2020), la versión antigua del TNP sigue contemplada en el DSM-V (APA, 2014), mientras que la versión contemporánea basada en los rasgos del trastorno se encuentra en el Modelo Alternativo de este manual. La antigua descripción del TNP se caracteriza por un grandioso sentido de la autoimportancia, fantasías de éxito y poder, la creencia en la propia especialidad, el deseo de admiración, el sentido del derecho, la explotación interpersonal y la falta de empatía. Sin embargo, la versión alternativa del TNP, describe deficiencias en el funcionamiento a través de la identidad, la autodirección, la empatía y la intimidad. Si bien identifica rasgos de personalidad patológicos de grandiosidad y búsqueda de atención (facetas propias del antagonismo), también identifica presentaciones de narcisismo más vulnerables con aspectos de afectividad negativa como la depresión y la ansiedad (DSM-V, APA, 2014).

Consideremos ahora que, si bien los narcisistas tienen características en común, existen diferentes estilos de TNP. En tal sentido, Millon y Davis (2000) presentan cuatro tipos de personalidad narcisista: narcisista sin principios, narcisista compensador, narcisista amoroso, narcisista elitista. La variante *narcisista sin principios* es una combinación de la autoconfianza perteneciente al narcisista con la conducta criminal repetitiva característica del antisocial. Se muestran como personas fuertes y frías, despreciando a los que ellos consideran como débiles y vulnerables. Pueden con facilidad influir en las relaciones sociales y tienen muy pocas normas introyectadas. Como el antisocial no tienen miedo a las amenazas ni sanciones y no les importa el bienestar del otro.

Por otro lado, el *narcisista compensador* tiene aires de superioridad, busca reconocimiento y pertenecer a altos status. Presentan fantasías ilimitadas de grandeza y éxitos. Tiene tolerancia casi nula a las críticas y a los gestos de desaprobación de los demás. En el fondo, estos narcisistas, presentan sentimientos de inseguridad y debilidad, que tratan de sobrecompensar con una fachada de alta autoestima y confianza. Tienen la capacidad de retraerse a su mundo interno imaginario con muy buenos logros cuando su realidad difiere de la ilusión (Millon y Davis, 2000).

El *narcisista amoroso*, es una combinación de la personalidad narcisista y la histriónica. Se muestran con una actitud erótica y de seducción, su juego es encantar a personas con el fin de satisfacer sus necesidades para luego devaluarlos y abandonarlos. Por último, el subtipo *narcisista elitista* se caracteriza por personas arrogantes, que presentan una autoimagen de superioridad. Se muestran como poderosos y fuertes ya que tienen mucho miedo a la mediocridad. Tratan de relacionarse con personas de clases sociales privilegiadas, interesados por el status y la autopromoción (Millon y Davis, 2000).



Por otro lado, para Deng et al. (2021) y Caligor et al. (2015), existen tres subgrupos de TNP, siendo éstos, el grandioso (abierto), el frágil/vulnerable (encubierto) y el de alto funcionamiento (exhibicionista).

El *narcisista grandioso* se caracteriza por una grandiosidad manifiesta, búsqueda de atención, arrogancia y una ansiedad poco observable. Estos individuos pueden ser socialmente encantadores, a pesar de ser ajenos a las necesidades de los demás y son explotadores interpersonales (Caligor et al., 2015). La persona diagnosticada no será capaz de interactuar con los demás en la sociedad y mostrará agresividad hacia los demás. El tratamiento será más difícil dentro de este grupo, ya que será dificultosa la comunicación con los demás (Deng et al., 2021).

En cuanto al *narcisista vulnerable* se sostiene que es inhibido, angustiado e hipersensible a las evaluaciones de los demás. A su vez, estos sujetos son crónicamente envidiosos y se evalúan a sí mismos en relación a los otros. En las relaciones interpersonales, estos individuos suelen ser tímidos, mostrándose autocomplacientes e hipersensibles frente a los desaires, mientras que en el fondo se creen grandiosos (Caligor et al., 2015). Este grupo es más propenso a recibir tratamiento de salud mental debido a un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad. Dentro de los diferentes subtipos de narcisistas, estos son los capaces de iniciar una relación (Deng et al., 2021).

Además de los subtipos grandioso y vulnerable existe un grupo más sano de individuos con trastorno narcisista, descrito como de *alto funcionamiento*. Estos individuos son grandiosos, competitivos, buscan la atención y son sexualmente provocativos. Demuestran un funcionamiento adaptativo y utilizan sus rasgos narcisistas para tener éxito (Caligor et al., 2015). Si bien pueden interactuar con las personas, les cuesta entablar relaciones. En el caso de que se produzca una crisis grave (e.g. la pérdida de alguien o un divorcio) reaccionarían rápidamente para impedirlo. Aunque su ego está bajo control sigue experimentando el egocentrismo (Deng et al., 2021).

## **Prevalencia, curso y comorbilidades del Trastorno Narcisista de Personalidad**

Según el DSM-V (APA, 2014), la prevalencia del TNP se estima entre 0 y 6.2% de la población mundial. El TNP tiene una prevalencia relativamente baja en la mayoría de las muestras de pacientes con trastornos mentales o de la personalidad. Sin embargo, esta baja prevalencia, puede deberse a que las muestras tanto de entornos clínicos como de la población general, se basan en el estrecho concepto identificado por el diagnóstico del DSM-V (APA, 2014), que no capta los aspectos más vulnerables del narcisismo patológico

(Yakeley, 2018). Tal es así, que las estimaciones de la prevalencia del TNP oscilan entre el 1% y el 17% en la población clínica y hasta el 20% en la práctica privada ambulatoria. La segunda ola de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el alcohol y afecciones relacionadas muestra una prevalencia del trastorno del 6% (7,7% para los hombres, 4,8% para las mujeres) a lo largo de la vida en la población general (Ronningstam, 2010). Por ende, se concluye que las personas con TNP no son una minoría. Según las estadísticas, una de cada cien personas seleccionadas al azar presenta un TNP. Los datos indican que hay una necesidad urgente de tratar estos TP (Pi y Zuo, 2021).

La edad habitual en la que comienzan los síntomas del TNP es en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Sin embargo, la persona no reconocerá los síntomas simplemente porque irán contra su ego (Deng et al., 2021).

Con respecto al género, Ronningstam (2013) sostiene que algunos estudios sugieren que este trastorno afecta más a los hombres, mientras que otros estudios consideran que tiene la misma prevalencia en ambos géneros. Se debe agregar que los resultados arrojados del estudio de Yakeley (2018) sugieren que el TNP es significativamente más común en: hombres y mujeres afrodescendientes, mujeres hispanas, adultos jóvenes y personas separadas, divorciadas, viudas o que nunca se habían casado.

El TNP es un trastorno que presenta una alta tasa de comorbilidades. Las enfermedades mentales comórbidas más frecuentes son el trastorno depresivo mayor y la distimia (Yakeley, 2018). Entre un 45% al 50% de personas diagnosticadas con TNP, han recibido también un tratamiento para la depresión (Pi y Zuo, 2021). Otras investigaciones agregan al trastorno bipolar con una comorbilidad de rango (4-47%) para los sujetos con TNP (Deng, et al., 2021).

Hay que mencionar, que las personas con TNP tienen un mayor riesgo de suicidio (Ronningstam 1996). Además, se observaron altas tasas de consumo simultáneo de sustancias (12-38%), ansiedad y otros trastornos de la personalidad (Stinson et al., 2008; Ronningstam, 2010; Yakeley, 2018; Deng et al., 2021).

Dentro de las comorbilidades con otros TP, el TNP es altamente calificado como comórbido con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con una calificación del 80% que cumplen los criterios tanto del TLP como del TNP (Deng et al., 2021). También existe una mayor frecuencia de comorbilidad con el Trastorno Histriónico de la Personalidad y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (Widiger y Trull, 1998), lo que puede plantear dificultades en el diagnóstico diferencial (Yakeley, 2018).

# TERAPIA DE ESQUEMAS

## Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual

Willhelm Wundt fue un psicólogo que en 1879 fundó el laboratorio de Psicología experimental en Leipzig, con el fin de estudiar la mente humana a través del método científico. El objetivo era abordar mediante la introspección, – auto observación – los contenidos de la conciencia y el proceso del pensamiento. Sin embargo, el introspeccionismo no funcionó para estudiar la mente. Como contrapartida, Watson (1913) escribe “Psychology as the Behaviorist Views it” poniendo foco en lo observable pues, los procesos mentales y la conciencia eran imposibles de medir ya que no se podían observar mediante la conducta (Vázquez, Ruiz y Apud, 2016).

Aquí nos centraremos en las *Terapias Cognitivo Conductuales* (TCC). Las mismas, son un grupo de teorías en las cuales existe el consenso de que el pensamiento, es decir, la cognición, “media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta” (Keegan y Holas, 2010, p.2).

En tal sentido, Dozois y Dobson (2001) sostienen que todas las terapias cognitivo-comportamentales deben compartir la premisa de que los procesos cognitivos afectan la conducta; así como también, que la actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada, y que los cambios en las cogniciones – pensamientos, interpretaciones y supuestos – de las personas, pueden modificar sus conductas.

Se puede estructurar la historia y evolución de la psicoterapia cognitivo-comportamental en cuatro etapas. La “primera” Ola es el surgimiento independiente de la terapia comportamental abarcando el período 1950-1970 en Estados Unidos, Sudáfrica y Reino Unido. Esta Ola se basa, aunque de forma diferente, en los aportes teóricos comportamentales más radicales realizados por Watson y Skinner. En un comienzo, los autores que desarrollan la terapia conductual son por un lado, Wolpe, con su teoría de inhibición recíproca y, por otra parte, Eysenck, quien dispuso las bases y los principios teóricos de la TC (Keegan y Holas, 2010).

Según Chertok (2006), la psicología conductista “se ocupa básicamente de nuestro hábitos de pensamiento, sentimiento y acción, en particular cuando resultan autodestructivos o limitantes” (p.19).

Por otro lado, en la “Segunda Ola” emerge la Terapia Cognitiva en Estado Unidos en los años 60’s y 70’s siendo sus principales referentes, Aaron T. Beck (1963) a partir de su investigación sobre la depresión, y Albert Ellis con su Terapia Racional Emotiva (1958). Años

más tarde, en los años 80's se fusionan la terapia conductual y la cognitiva dando lugar a la terapia cognitivo-comportamental.

Para Beck (1979), la Terapia Cognitiva se sustenta en “el principio que las emociones y conductas de una persona están en gran parte determinadas por la manera en la cual estructura al mundo” (p.3). Para Beck, Steer, Epstein, y Brown (1990), las cogniciones son sustanciales ya que a partir de ellas se organizan y regulan las demás funciones.

De acuerdo con Caro (2007), la meta de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento, permitiendo de esta manera, un mayor bienestar en su vida. Uno de sus objetivos es que luego el paciente aprenda a hacerlo por sí mismo. En este sentido, es necesario que el paciente logre ser consciente tanto de sus procesos desadaptativos de pensamiento y de sus sentimientos, como del efecto de ambos en su conducta.

Finalmente, se desarrolla en el último tiempo la “Tercera Ola”, cuyas TCC se encargan principalmente extender y perfeccionar herramientas con el fin de ayudar a los pacientes para modificar su relación con su forma de sufrimiento, así como también, aprender a aceptar lo que nos pasa y normalizando las experiencias desagradables (Keegan y Holas, 2010).

Para Hayes (2004), esta ola se caracteriza por poner el foco tanto en lo contextual como en la funcionalidad de los procesos psicológicos, enfatizando estrategias de cambio que tengan que ver principalmente con lo vivencial y lo contextual, además de las típicas estrategias directas y didácticas.

Si bien todas estas generaciones de TCC fueron evolucionando y avanzando extraordinariamente en desarrollar tratamientos efectivos para una amplia gama de trastornos psicológicos, no resultaban tan útiles al momento de tratar las patologías de la personalidad y problemas caracterológicos (Young et al., 2007). Por ello, Young desarrolla la *Teoría de Esquemas* (1990, 1999).

Esta terapia es desarrollada a partir de la combinación de las corrientes cognitivo-comportamentales, la teoría del apego, de la Gestalt, teoría de relaciones objetales, constructivista, y teoría psicoanalítica. La misma, se caracteriza por un enfoque integrador, cuyo objetivo es el tratamiento de trastornos de larga duración que no han respondido bien a las TCC “clásicas”, siendo eficaz en pacientes tanto con TP como con problemas caracterológicos. La duración de la terapia queda supeditada en función a las necesidades del paciente (Young, 1990, 1999).

## Características generales de la Terapia de Esquemas

Como antecedentes, en el campo de la psicología, Piaget (1926) formuló el constructo “esquemas” para aludir al desarrollo de pensamiento de los niños. Luego, Bartlett (1932) lo utilizó para referirse a la comprensión y la memoria en tanto facultad mental.

Particularmente en la psicoterapia cognitiva, el concepto “*esquemas*” es introducido por primera vez por Beck (1967), como “una estructura cognitiva para filtrar, codificar y evaluar los estímulos que inciden en el organismo” (p. 283).

En base a este concepto, Young (1990) desarrolla un enfoque terapéutico integrador para afrontar la insatisfacción que provocaban las limitaciones de las terapias más tradicionales. Si bien la TE conserva los elementos cognitivos y conductuales propios de las TCC como fundamentales para el tratamiento, le otorga la misma importancia al aspecto emocional y a las técnicas experienciales.

Según Yakin, Grasman y Arntz (2020), el enfoque principal del tratamiento debería ser la curación de la parte vulnerable del paciente (Young, 1990; Young et al., 2003), así como el fortalecimiento de la parte sana del paciente.

Young et al. (2007) sostienen que en la área de la psicoterapia, un esquema alude a “cualquier principio organizador global que sirve para dar sentido a la propia experiencia vital” (Young et al., 2007, p.36). Por ende, los esquemas pueden generarse en cualquier momento de la vida y resultar tanto adaptativos como desadaptativos.

En este sentido, Young (1990, 1999) plantea que cuando los esquemas se forman a partir de experiencias nocivas de la infancia, podrían dar el origen tanto a TP como a marcados problemas caracterológicos y a la cronicidad de trastornos del Eje I del DSM-IV-TR (APA, 2005). El autor define a estos esquemas como *Esquemas Precoces Desadaptativos* (EPD), siendo éstos, patrones que afectan tanto al dominio de lo emocional como de lo cognitivo, teniendo un comienzo en edades tempranas del desarrollo y que reproduciéndose indefinidamente. Cabe mencionar, que las conductas disfuncionales no pertenecen a un esquema sino que son una respuesta al mismo.

Hay que mencionar además que, Lockwood y Perris (2012) introdujeron el concepto de *Esquemas Adaptativos Tempranos* (EAT) como la contraparte positiva de los EPD. Ambos tipos de esquemas, están conformados por patrones persistentes de procesamiento de información, pensamientos, emociones, recuerdos y preferencias de atención. Sin embargo, los EAT cumplen funciones positivas, permitiendo un comportamiento adaptativo. Surgen durante la infancia, cuando las necesidades emocionales nucleares si son satisfechas de forma adecuada por parte de las figuras parentales. Los autores sostienen que existen

esquemas positivos y negativos como constructos separados que se activan por diferentes tipos de experiencias.

Desde esta perspectiva, se proponen 18 EPD agrupados en cinco grandes dimensiones según sus necesidades emocionales insatisfechas, siendo éstas: desconexión y rechazo, deterioro en autonomía y ejecución, límites deficitarios, dirigido por las necesidades de los demás y sobrevigilancia e inhibición (Young et al., 2003).

Para López et al. (2011), estos esquemas pueden ser variables en cuanto a su gravedad, rigidez o resistencia al cambio. En cuanto a la gravedad, la misma puede diferenciarse en base a la cantidad de acontecimientos que activaron a los esquemas. Mientras que la inflexibilidad y obstrucción al cambio se relaciona tanto con la edad en que han sido originados, así como también la cantidad de figuras significativas y situaciones que lo han generado.

En lo que refiere a las *necesidades emocionales nucleares* de las personas, éstas son: vínculos seguros con los demás, autonomía competencia y sentido de la identidad, libertad para expresar necesidades y emociones válidas, espontaneidad y juego y límites realistas y autocontrol. En este sentido, deseo subrayar que, si bien el origen de los esquemas no siempre radica en un trauma, todos ellos resultan perjudiciales para la salud mental de las personas y la gran mayoría son una consecuencia de estas *necesidades emocionales nucleares* universales insatisfechas repetidas regularmente tanto en la infancia como en la adolescencia (Young et al., 2007).

Para Thimm (2017), en cierto sentido, la identidad de las personas se constituye a partir de estas necesidades emocionales insatisfechas y, se perpetúa mediante estrategias desadaptativas utilizadas para combatir las emociones dolorosas cuando se activa un esquema precoz desadaptativo.

Por consiguiente, los *estilos y respuesta de afrontamiento disfuncionales* son desarrolladas por las personas a una edad temprana, con la finalidad de no experimentar las emociones intensas y contrarrestar tanto a las necesidades básicas insatisfechas como a los conflictos producidos por los esquemas. Cabe destacar que su disfuncionalidad termina perpetuando el esquema (López et al., 2011).

Según Young et al. (2007) existe una correlación entre las tres respuestas básicas frente a la amenaza – lucha, huida o inmovilidad – y estos tres estilos de afrontamiento disfuncionales de los esquemas – sobrecompensación, evitación o rendición. La sobrecompensación implica pensamientos, sentimientos y conductas que luchan frente al esquema. Mientras que, la evitación es el bloqueo de la cognición cuyo fin es evitar activar el esquema y, la rendición refiere a la aceptación completa del esquema, lo que termina favoreciendo su autenticidad. Es importante señalar, que si bien estos estilos de

afrontamiento fueron útiles en el momento que se originó el esquema, pueden resultar disfuncionales en la vida adulta del sujeto.

Para Young et al. (2003), los modos se distinguen como la activación conjunta entre determinados esquemas y estilos de afrontamiento. Los modos de esquema son “los estados emocionales y respuestas de afrontamiento – adaptativas y maladaptativas – momento a momento que experimentamos todas las personas” (Young et al., 2007, p. 79).

Por otra parte, según Roelofs, Muris y Lobbestael (2016), los modos se entienden como estados emocionales y cognitivos que experimenta el sujeto. Estos estados son evocados, al activarse los EPD, debido a un acontecimiento de la vida.

Estos modos son temporales y se activan frente a diversos momentos y circunstancias. Un modo disfuncional puede activarse a partir tanto de esquemas como de respuestas de afrontamiento, que causen emociones intensas y que desborden al funcionamiento del sujeto (López et al., 2011).

Dentro de los modos de esquema disfuncionales, se encuentran los *modos de niño*, – niño vulnerable, niño enfadado, niño impulsivo/indisciplinado, niño feliz – los *modos disfuncionales de afrontamiento*, – rendido a sumiso, protector aislado, sobre-compensador – y, los *modos parentales disfuncionales*, – padre/madre castigador/crítico, padre/madre exigente – siendo el único modo de esquema funcional, el modo de adulto sano (Young et al., 2007).

Por otro lado, las investigaciones de Yakin et al. (2020) concluyeron en que algunos modos reflejan los mismos mecanismos de cambio, tanto en la disminución de la patología relacionada con los TP, como en el aumento del funcionamiento saludable de la persona.

Dicho lo anterior, la primera parte de la evaluación de los TP en la TE consiste en identificar los esquemas centrales disfuncionales, para luego relacionarlos con problemas actuales que el paciente tenga en su vida. Posteriormente, se intenta que el paciente tenga contacto con las emociones que provengan de esos esquemas. Por último, se identifican los estilos de afrontamiento disfuncionales que fortalecen e intensifican a los mismos (López et al., 2011).

Para llevar a cabo esta evaluación se pueden usar diferentes cuestionarios. Los más predominantes son: Cuestionario de Esquemas de Young (Young y Brown, 2001), Inventario de Estilos Parentales de Young (Young, 1994), Inventario de Evitación de Young y Ryght (Young y Ryght, 1994), Inventario de Compensación de Young (Young, 1995), Inventario de modos de esquema (Young et al., 2007), e Historia Multimodal de vida (Lazarus, 2000) (López et al., 2011).



## Esquemas, estilos de afrontamiento y modos característicos del Trastorno Narcisista de Personalidad

En lo que respecta a los esquemas típicos del TNP, muchos terapeutas informan que los narcisistas, tienden a tener una combinación de esquemas de auto-sacrificio, subyugación, imperfección/vergüenza, privación emocional, metas inalcanzables y/o esquemas de abandono/inestabilidad. Esto quiere decir que, en general, hay pocas poblaciones de pacientes que puedan activar un sentimiento de frustración, inadecuación, duda de sí mismo e intimidación como un narcisista (Behary y Dieckmann, 2011).

Young et al. (2007) sostienen que el *esquema de imperfección* los hace sentir imperfectos y con defectos. Este esquema tiene origen en el intento constante del niño de ser perfecto para lograr la aprobación y evitar las críticas de los padres, por lo tanto, su autoestima es frágil y depende de la aprobación de los otros. Sus relaciones íntimas se ven afectadas a causa de este esquema por su ambivalencia respecto a la cercanía con sus allegados, es decir, por un lado la anhelan y por otro se sienten incómodos y se distancian como una forma de protección.

Por otro lado, el *esquema de grandiosidad/autorización* genera que los narcisistas vuelquen su atención hacia sí mismos, lo que provoca que se sientan especiales y mostrando indiferencia hacia las necesidades y derechos de los demás. Mientras que, el *esquema de privación emocional* se forma en base a una carencia significativa de amor por parte de la madre y/o padre. En este sentido es importante señalar que, la mayoría de los narcisistas han sido niños solitarios (Young et al., 2007).

Los estilos de afrontamiento de los narcisistas suelen ser de *sobrecompensación*. Su notable capacidad para distanciarse y sobrecompensar las experiencias emocionales, les permite cortar su conciencia de la de los esquemas de Privación Emocional, Imperfección/vergüenza, Desconfianza/abuso y Fracaso, que constituyen el sello distintivo de su personalidad (Behary y Dieckmann, 2011).

Lo principal en la TE para los TNP es trabajar con los modos. Young et al. (2007) sostienen que los modos que caracterizan a la mayoría de las personas con TNP son: el niño solitario, el exaltador de sí mismo, y el auto-tranquilizador aislado. El modo niño solitario se relaciona con los esquemas de privación emocional e imperfección, mientras que el modo exaltador de sí mismo se vincula con el esquema de autorización/grandiosidad, que es una sobrecompensación de los esquemas nombrados anteriormente. Sin embargo, estos pacientes puede que no presenten estos tres modos y/o presenten modos diferentes.

El *modo niño solitario* es una versión del modo niño vulnerable que se encuentra en las personas con TNP. En general, estos sujetos se sienten valorados solamente cuando son



capaces de cumplir las expectativas de sus padres. Las personas que presentan este modo se sienten vacías y solas porque sus necesidades emocionales del niño no han sido satisfechas, y es común que piensen que no merecen amor. También, creen que han alcanzado un nivel de éxito por encima de su capacidad, debido a que han tenido suerte o han engañado a la gente. La activación de este modo se genera frente a la pérdida de algún estatus o fuente de validación (Young et al., 2007).

Como bien lo dice su nombre, este modo genera que el sujeto se sienta solitario, inseguro y que tenga mucha vergüenza, siendo el estado natural subyacente del narcisismo. La TE sugiere que el niño carente de emociones y agobiado por el rendimiento que recibe condicional e inadecuado amor, es el núcleo de la vulnerabilidad del narcisista (Behary y Dieckmann, 2011).

De acuerdo con Young et al. (2007) el modo niño solitario genera en las personas una necesidad de sentirse especiales, así como también, la tendencia a demandar mucho en sus relaciones interpersonales pero ofrecer poco a cambio. El estilo de afrontamiento característico de este modo es una sobrecompensación y forma parte de un esquema de privación emocional. Como consecuencia de este esquema pueden sentirse incomprendidos y exagerar el abandono.

Otro de los modos característicos del TNP, es el *modo de exaltador de sí mismo*. El mismo es una sobrecompensación de los esquemas desadaptativos de privación emocional e imperfección. Este modo genera en las personas un comportamiento de grandiosidad y competitividad, con una tendencia a la búsqueda de estatus y atención, pudiendo presentar incluso una conducta abusiva. Cuando se encuentran en este modo desean la admiración de todos los demás y se manifiestan filosos en sus críticas (Young et al., 2007).

Los pacientes con TNP, generalmente presentan un profundo anhelo de admiración de la gente. Tanto es así que, el estilo de afrontamiento de búsqueda de reconocimiento y estatus es una sobrecompensación utilizada frente a estos sentimientos de imperfección (Young et al., 2007).

Por otro lado, como consecuencia del esquema de grandiosidad, estos sujetos están comprometidos a impresionar a cualquiera que han decidido que es digno de su atención. En este modo, no sólo son entretenidos, ingeniosos y encantadores, sino que también pueden ser heroicos, abusivos y controladores, ya que perciben las interacciones humanas como una cuestión de quién está en la posición "uno arriba, uno abajo" (Behary y Dieckmann, 2011).

Dentro del modo de exaltación, existen varios estilos de afrontamiento. Por un lado, el *estilo de afrontamiento de dominancia y auto-afirmación excesiva* se usa cuando tratan de controlar las situaciones explícitamente maltratando a los otros. Por otro lado, es común que cuando las demás personas no satisfagan sus necesidades o duden de sus sobre

compensaciones, los narcisistas utilicen el *estilo de afrontamiento de agresión y hostilidad*. Incluso, cuando estos sujetos desean obtener gratificación usando a los demás sin importar el costo que conlleva para ellos, emplean el *estilo de afrontamiento de manipulación y explotación*. Este estilo, es una fiel muestra de sobrecompensación de su esquema de privación emocional (Young et al., 2007).

El modo característico del TNP que queda por describir, es el *modo auto-tranquilizador aislado*. Este modo, se activa con el fin de evitar el dolor agobiante que les genera el modo de niño solitario. Cuando los sujetos se encuentran en este modo, se sienten no queridos, humillados, tristes y la mayoría de las veces sienten odio hacia ellos mismos (Young et al., 2007).

Este modo puede adoptar diferentes maneras de evitar esquemas. Para ello, los narcisistas pueden pasar mucho tiempo involucrados tanto en actividades estimulantes y excitantes como en actividades auto-tranquilizadoras. Algunas como el exceso de trabajo, el gasto excesivo, el uso/abuso de sustancias (especialmente cocaína), el exceso de comida, ver mucha televisión, el juego compulsivo, la participación en deportes y actividades competitivas, conversaciones y actividades intelectualmente estimulantes (principalmente monólogos), pornografía y sexo promiscuo, así como otras formas de evasión (Behary y Dieckmann, 2011).

El propósito de este modo es cortar cualquier emoción y sentimiento incómodo al participar en estas actividades tanto con otros como solos. Su función es crear una distancia segura de la intimidad con otras personas. Como los narcisistas sobreestiman la probabilidad de que los demás les critiquen, degraden o hieran, construyen esta especie “muro” a su alrededor (Behary y Dieckmann, 2011).

Frecuentemente, esta población oscila entre el modo de exaltación y el modo de auto-tranquilizador aislado. El modo de exaltación es su modo automático, más aún cuando están rodeadas de gente, mientras que el modo auto-tranquilizador aislado se activa cuando se encuentran solos durante estadios extensos de tiempo (Young et al., 2007).

También cabe señalar que, las investigaciones de Arntz, Bernstein y Jacob (2012) mejoran el modelo al demostrar que, también se les debe poner foco a los modos padre exigente y niño enojado en el tratamiento de los TNP.

Con respecto al *modo padre exigente*, se han observado estándares irrazonables en lo que respecta a la idea del “deber ser” del niño, en base a las expectativas muy exigentes, fantasiosas e irreales de los padres. Este modo representa actitudes y comportamientos morales interiorizados de sus figuras parentales, generando presión y volviéndose punitivos para el yo (Arntz et al., 2012).

Por otro lado, en cuanto al *modo niño enojado*, los investigadores observaron que el mismo se activa cuando alguien evoca las emociones relacionadas con el fracaso del paciente. También sucede con frecuencia, que al tocar algunas temáticas relacionadas con el modo Niño Vulnerable, se genera que los pacientes experimenten “rabia narcisista” y pierdan el control sobre sus emociones y agresividad latente (Arntz et al., 2012).

## **Terapia de Esquemas para el Trastorno Narcisista de Personalidad**

Es importante destacar que Young, Klosko y Weishaar, le dedican un capítulo especial al tratamiento de los pacientes con TNP en su libro “Terapia de Esquemas: Guía Práctica” (Young et al., 2007).

En la TE, tanto los esquemas como los modos pasan a ser fundamentales en la conceptualización y el tratamiento del caso (Arntz, 2009; Farrell, 2009).

Para Young et al. (2007), el enfoque de la TE para tratar el TNP, radica principalmente en el cambio de los modos. A su vez, se basa en una alianza terapéutica fortalecida, y se pretende combatir el aislamiento, la autodestrucción y el perjuicio a las demás personas.

En este sentido, Arntz (2016) asegura que la TE es muy eficaz para tratar TP y, en especial, cuando estos trastornos son muy complejos de abordar, como en el caso de los narcisistas, se aconseja utilizar la TE enfocada en los modos.

Soleimaini y Lorzangeneh (2021) demuestran que existe una correlación positiva y significativa entre los EPD y las características de la personalidad narcisista. Dicho de otra forma, esto significa que, a mayor cantidad de esquemas tempranos desadaptativos, mayor características del TNP y, viceversa.

Según Behary (2006; 2008), en base a los modos distinguidos por Young, fue posible elaborar un modelo de trabajo para la población de pacientes con TNP. Se distinguen varios subtipos de personalidad narcisista existiendo una diferenciación de modos dependiente de los esquemas dominantes del sujeto a tratar.

Los modos característicos del TNP, van ser abordados en esta terapia a partir del desarrollo de un *modo de adulto sano* – más constructivo hacia los estímulos del entorno – con el fin de gratificar las necesidades emocionales nucleares de los pacientes mediante una “*reparentalización limitada*” (Oshima, Murata, Ohtani, Seto, y Shimizu, 2021). La misma, se encarga de satisfacer estas necesidades dentro de los límites adecuados de la relación terapéutica. El terapeuta actúa como un padre sano y adaptado, tanto en un esfuerzo por

satisfacer las necesidades insatisfechas del modo del niño solitario, como para fortalecer la parte adulta y sana de la personalidad del paciente (Behary y Dieckmann, 2011).

El terapeuta utiliza este proceso de reparentalización, animando al paciente a regular mejor las fluctuaciones narcisistas en la reactividad emocional y a desarrollar la empatía y lograr la intimidad emocional con los demás (Yakeley, 2018). La reparentalización comienza con la composición de una conceptualización integral del esquema a partir de la siguiente información recogida en la fase de evaluación: entrevista personal, inventarios, imágenes de diagnóstico y, las impresiones del terapeuta basadas en la forma en que el paciente se relaciona con el terapeuta en la sala de tratamiento (Behary y Dieckmann, 2011).

De manera que, el principal objetivo es poder acceder al modo del niño solitario e ir sustituyendo los modos de exaltador de sí mismo y auto-tranquilizador aislado por el modo de adulto sano, que va a dar amor y tranquilizar al niño solitario. A medida que el niño solitario pueda aceptar el amor genuino de las demás personas, va a poder confrontar al modo exaltador de sí mismo. Por otro lado, se pretende sustituir las conductas desadaptativas que responden al modo auto-tranquilizador aislado, por aquellas que manifiesten afectos y autoexpresión (Young et al., 2007).

Para ayudar al paciente a establecer relaciones íntimas reales, es necesario que el terapeuta logre una relación auténtica con el paciente, para que luego pueda formarlas con personas significativas. En una primera instancia, es fundamental que el terapeuta busque expresiones de tristeza, ansiedad o vergüenza, así como también, la aceptación de debilidad y de necesidades insatisfechas ya que son manifestaciones que se producen cuando el paciente se siente vulnerable, es decir, en el modo niño solitario (Behary y Dieckmann, 2011).

En tal sentido, Young et al. (2007) aseguran que el objetivo del terapeuta es aflorar el modo del niño solitario, tratando de mantener en la conciencia el sufrimiento emocional y explicándoles que si no cambian sus modos, seguirán teniendo consecuencias negativas.

Para ello, debe sentirse cuidado y valorado, sin el requisito de ser perfecto y viceversa. Es vital que cuando el paciente logre expresar su vulnerabilidad, sea valorado por el terapeuta y le proporcione una “consideración positiva incondicional” al paciente (Rogers, 1951). Luego, el objetivo es reparentalizarlo con el fin de proveer al paciente la satisfacción de sus necesidades emocionales. Gracias a esta reparentalización limitada, el terapeuta va a estar ahí para proteger al niño solitario, amortiguando el dolor causado en base a los esquemas desadaptativos de privación emocional e imperfección (Young et al., 2007).

Otro de los aspectos fundamentales en esta terapia, es la necesidad de que el terapeuta utilice la *confrontación empática* con el paciente, tanto en su grandiosidad como en sus conductas de búsqueda de aprobación, sin despreciarlo ni recurrir al castigo. Es común que los narcisistas traten a las demás personas de una forma desafiante y condescendiente,

por ende, no es una excepción que trate al terapeuta de la misma manera. Es fundamental que el terapeuta confronte empáticamente al paciente frente a este tipo de actitudes (Young et al., 2007).

Por otro lado, es importante para el tratamiento que el terapeuta le comunique al paciente con claridad los límites que establece cada vez que tiene un comportamiento inadecuado, así como tampoco, permitirle que lo presione a hacer cosas que no quiera. La primera pauta indica que el terapeuta debe empatizar con las razones que siente el paciente para pensar y actuar egoístamente, es decir, con su visión narcisista y a la vez, confrontar el esquema de grandiosidad explicándole que ese tipo de conductas afecta a las demás personas (Young et al., 2007).

De igual manera, es necesario que el terapeuta señale que la única relación terapéutica aceptable es mutua y de igual a igual. Es esencial que el terapeuta le mencione al paciente cuando se activa el modo grandioso, con el fin de evitar que se genere una relación en la que el terapeuta sea explotado (Young et al., 2007).

Por su parte, Gülüm (2020) advierte que los estilos parentales constituyen un factor preponderante tanto para el bienestar psicológico actual como para el futuro de los niños y adolescentes. Los hallazgos de la investigación sugieren que, en cuanto a la relación entre la crianza disfuncional y los síntomas psicológicos, el modo de niño vulnerable ocupa un factor principal. Además, los resultados respaldan la importancia de las intervenciones, como la confrontación empática y la reparentalización limitada, centrada en las conductas parentales adecuadas en relación a las necesidades básicas insatisfechas en el núcleo del modo Niño Vulnerable.

Cabe destacar, que es típico que el objetivo con el que lleguen los pacientes con TNP a la consulta sea recuperar alguna fuente de validación a través del fortalecimiento de los modos exaltador de sí mismo o auto-tranquilizador aislado. Sin embargo, el terapeuta se encarga de mostrarle al paciente sus conductas condescendientes, sus comentarios críticos y sus afirmaciones que buscan estatus en vez de amor o satisfacción. La intención del terapeuta es entrenar al paciente a prestar atención en afirmaciones que representan los modos de auto-exaltación y auto-tranquilización. La meta es que el paciente sea consciente cuando está en esos modos (Young et al., 2007).

En concreto, el terapeuta en colaboración con el modo adulto sano, trabaja para sanar los patrones emocionales y de comportamiento propios de los modos anteriormente descritos. Se concluye que al trabajarlos, los pacientes suelen presentar un debilitamiento de la intensidad emocional producida por los esquemas y, una reducción en la frecuencia de la activación de los mismos. También, suele ocurrir una rápida recuperación del control que antes ejercían los esquemas y modos (Behary y Dieckmann, 2011).

En lo que respecta a las limitaciones de esta psicoterapia, el principal obstáculo al tratamiento es la poca adherencia que presentan los pacientes con TNP. Son caracterizados por una tendencia a abandonar el tratamiento en las primeras sesiones. El modo exaltador de sí mismo puede no llegar a entender el objetivo de la terapia, más aún cuando nunca tuvo una relación basada en el cuidado real. A su vez, este modo puede generar que sea reacio a sus necesidades narcisistas de no sentirse especial (Young et al., 2007).

Otro de los motivos que puede producir el abandono al tratamiento es el intento por evitar la experiencia de dolor propia del niño solitario. El no estar dispuesto a sentirse vulnerable es un obstáculo en el tratamiento. Este modo también puede generar el rechazo al terapeuta por no ser lo “suficientemente bueno”, es común que al principio idealicen al terapeuta para más adelante devaluarlo. Cuando el terapeuta logre mantener a flote el modo del niño solitario y reparentalizarlo, puede que el apego del paciente hacia el terapeuta sea la causa para continuar el tratamiento (Young et al., 2007).

### **Eficacia de la Terapia de Esquemas: general y para el TNP**

En el capítulo que escribe Mirović (2018) del libro “Modern Age and Competencies of Psychologists” (Todorović, Hedrih y Dorić, 2018) se consolidan diversas investigaciones enfocadas a demostrar la eficacia de la TE para distintas psicopatologías. La eficacia de la TE enfocada al TLP es la más validada empíricamente (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009).

También, se ha demostrado su eficacia en el estudio de Bamelis et al. (2014) para los trastornos del Clúster C y el TNP, en el trastorno de la personalidad por evitación y fobia social (Baljé et al., 2016), trastorno de identidad disociativo (Shaw, Farrell, Rijkeboer, Huntjens, y Arntz, 2015), y trastorno de personalidad mixta (Muste, Weertman, y Classen, 2009; Simpson, Skewes, van Vreeswijk, y Samson, 2015). Por otro lado, se ha demostrado en el estudio de Cockram et al. (2010) su eficacia para el trastorno de estrés postraumático, así como también su efectividad para la depresión (Carter et al., 2013; Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael, y Huibers, 2016; Malogiannis et al., 2014) (Mirović, 2018). Por último, se ha realizado una investigación sobre la eficacia de la TE en grupo para los trastornos en la conducta alimentaria (Simpson et al., 2010).

A su vez, Bamelis et al. (2014) encontraron a través de sus investigaciones buenos indicadores para el éxito de la TE, como tratamiento para los TP, así como también, para la reducción de los síntomas depresivos como resultado secundario en el seguimiento.

Todavía cabe señalar que, las investigaciones realizadas tanto por Dickhaut y Arntz (2014) como por Wolterink y Westerhof (2018) revelaron que, la TE es eficiente tanto para reducir considerablemente la psicopatología en la personalidad de las personas, como para mejorar su bienestar.

En este sentido, Mirović (2018) destaca los aportes de Farrell y Shaw (2018) sobre la eficacia de la TE ya que sostienen que los individuos que recibieron este tipo de psicoterapia presentaron una reducción de diversos síntomas y tasa de abandono, así como también, una mejora en cuánto a la recuperación y en el funcionamiento global. En otras palabras, la TE reduce la gravedad total de la psicopatología, lo que provoca una mejora en la calidad de vida.

Por otra parte, en el capítulo que escriben Fassbinder et al. (2019) del libro “Case Formulation for Personality Disorders: Tailoring Psychotherapy to the Individual Client” (Kramer, 2019), se citan varios estudios que han evaluado el éxito de la TE en diversos TP – narcisista, antisocial y paranoide –, especialmente al TLP y los TP pertenecientes al Cluster C (Bamelis et al., 2014; Jacob y Arntz, 2013; Masley et al., 2012; Sempertegui et al., 2013).

Por otro lado, la revisión sistemática de Gülüm (2018) menciona ocho estudios que consideran a la TE una solución debido a su teoría, la flexibilidad de la estructura – adaptación de diversas técnicas conductuales, cognitivas y emocionales –, y su relación terapéutica. La TE ha demostrado ser un tratamiento eficaz para los TP, tanto en psicoterapia individual como en la grupal (Bamelis et al., 2014; Farrell, et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; Schaap et al., 2016).

En cuanto a la efectividad del tratamiento, cabe señalar que los hallazgos del estudio de Nordahl, Holthe y Haugum (2005) han demostrado que la modificación de los EPD, ayuda a resolver el malestar que ocasionan los síntomas. En este sentido, muchos terapeutas y pacientes toman en consideración al modelo de modo de esquemas como un marco teórico preciso para entender los problemas de los pacientes. Los hallazgos sugieren que la TE, podría tener un enfoque más amplio que muchas otras teorías para el tratamiento de los TP y, por lo tanto, satisfacer más las necesidades de los pacientes, al abordar los objetivos que son importantes para ellos (de Klerk et al., 2017).

Así mismo, se pudo comprobar que un número significativamente mayor de pacientes con TNP que recibieron TE se recuperaron, en comparación a los que recibieron otros tipos de psicoterapia (Bamelis et al., 2014; Bakos et al., 2015). Hay que mencionar además, que cuando más estricta es la recuperación y cuando se controla el instrumento de evaluación, el tratamiento presenta mayor eficacia. Tanto es así, que el número de pacientes que seguían en tratamiento después de tres años era el más bajo en el grupo de TE (en comparación a



otras psicoterapias), lo que apunta a la capacidad de la TE para lograr resultados al menos comparables en menos tiempo (Bamelis et al., 2014).

Por otro lado, se ha demostrado una relación terapéutica en la TE de alta calidad, ya que las condiciones de facilitación y la empatía son más altas en esta terapia que en el tratamiento habitual y en la psicoterapia orientada a la clarificación (Bamelis et al., 2014). De igual modo, Bernstein et al. (2014) sostienen que la relación terapéutica es un factor importante en la eficacia de la TE. Los resultados de su investigación arrojan que, la TE es más eficaz que el tratamiento habitual para superar el distanciamiento emocional que presentan los pacientes y llegar a sus emociones vulnerables. Así mismo, el uso de técnicas específicas como las técnicas centradas en la emoción, así como factores no específicos como el sentido de optimismo y eficacia del terapeuta, también pueden ayudar a explicar parte de la eficacia de la TE (Bernstein et al., 2014).

Se debe agregar que, en el curso del tratamiento, estos pacientes tuvieron menos cambios en el estado de ánimo y un mejor funcionamiento social y global. Con respecto a la tasa de abandono, se demostró que fue menor en la TE que con el tratamiento habitual (Bakos et al., 2015).

Sin embargo, otros investigadores sostienen que actualmente no hay ni directrices ni tratamientos basados en la evidencia para los TNP, aunque destacan las investigaciones realizadas por Ronningstam y Weinberg (2013), Caligor et al. (2015) y Roepke y Vater (2014) pues consideran que son informes útiles para los psicoterapeutas (King et al., 2020).

Según Magnavita (2018) si bien la mayoría de las investigaciones sugieren que el mejor tratamiento para TNP es un abordaje integrador y unificado (Bronfenbrenner, 1969; Magnavita, 2005a; Magnavita, 2012; Magnavita y Anchin, 2014), no hay estudios definitivos que demuestren cuál es el tratamiento con mayor eficacia para este trastorno en particular.

Para el autor, el estudio realizado por Bamelis et al. (2014), no demuestra la eficacia de la TE para el TNP, pues debido a la poca cantidad de personas con este trastorno, la investigación sólo arrojó resultados sugerentes.

En definitiva, se concibe a la TE como un tipo de psicoterapia estructurada y adecuada tanto para tratar trastornos de personalidad como otros cuadros psiquiátricos. Esto se debe a la proliferación de diversas investigaciones, algunas citadas anteriormente, que han podido demostrar su eficacia.



## CONSIDERACIONES FINALES

De acuerdo al objetivo planteado, en este Trabajo Final de Grado se aportaron evidencias teóricas y empíricas en relación al *Trastorno Narcisista de la Personalidad* (TNP) y su abordaje desde la *Terapia de Esquemas* (TE). La monografía toma en consideración diversas exposiciones de autores clásicos y contemporáneos referentes sobre la personalidad, el TNP y la TE.

Cabe destacar que este trabajo, si bien contempla una amplia recopilación y selección de literatura científica orientada a exponer la validez de la TE en general, se centra particularmente en exponer la validez de este tratamiento para el TNP.

Como se ha explicado anteriormente, los *trastornos de personalidad* (TP), se caracterizan por presentar “dificultades en el funcionamiento de la personalidad, y por rasgos de personalidad patológicos” (DSM-V, APA, 2014, p. 761). Con respecto al TNP, resulta importante señalar lo desafiante que su tratamiento y, por ello, la necesidad de abordarlo de una manera eficiente. Los narcisistas han sido descritos a lo largo de la historia con rasgos de grandiosidad, deseo de admiración y carencia de empatía. Sin embargo, es importante tomar en consideración los aspectos más vulnerables del narcisismo como la ansiedad y la depresión (King et al., 2020), así como también, los diferentes subtipos de narcisismo, pues existe una heterogeneidad dentro del trastorno (Millon y Davis, 2000; Caligor et al., 2015; Deng et al., 2021).

Como parte central de esta monografía, se destaca la *Terapia de Esquemas* (Young, 1990), como una de las psicoterapias más efectivas según el material consultado y que se ha mantenido en constante evolución durante la última década. El sustento teórico de esta terapia se encuentra en la psicología cognitiva bajo el concepto de esquemas, introducido por Beck (1967) como una estructura “una estructura cognitiva para filtrar, codificar y evaluar los estímulos que inciden en el organismo” (p. 283).

Una vez que se logra entender el funcionamiento del TNP desde la perspectiva de la TE, este abordaje se presenta como una alternativa que funciona al momento de tratarlo. Los narcisistas se caracterizan por presentar principalmente los esquemas de privación emocional, imperfección y grandiosidad/autorización. El abordaje del TNP en este enfoque, versa sobre el cambio de los *modos* (Behary, 2006, 2008; Arntz, 2016), pues éstos son los estados emocionales y los estilos de afrontamiento propios de todas las personas (Young et al., 2007). Los modos primarios que presentan la mayoría de las personas con TNP son: el *niño solitario*, relacionado con los esquemas de privación emocional e imperfección; el *exaltador de sí mismo*, vinculado al esquema de autorización/grandiosidad; y el auto-

tranquilizador aislado; el *auto-tranquilizador* de sí mismo, activado para evitar el sufrimiento que les causa el modo niño solitario. (Young et al., 2007).

Por otra parte, se ha demostrado que la TE es un tratamiento psicoterapéutico *eficaz* para tratar tanto los TP como otros trastornos (Mirović, 2018), debido a su *perspectiva integradora* de varias corrientes psicológicas que satisface las necesidades de los pacientes al integrar los objetivos que para ellos son importantes (de Klerk et al., 2017).

Como se afirma arriba, existe una amplia gama de material científico que aporta evidencia sobre eficacia del TE en diversos trastornos, así como también en los TP siendo el más estudiado el TLP (Mirović, 2018). En cambio, la experiencia de confección de investigaciones sobre la eficacia de la TE en el TNP, ha mostrado que el volumen de estudios sobre la temática es significativamente menor. De todos modos, se han encontrado algunas investigaciones que han podido aportar evidencia de su eficacia en el TNP (Ronningstam y Weinberg, 2013; Bamelis et al., 2014; Bernstein et al., 2014; Roepke y Vater, 2014; Bakos et al., 2015; Caligor et al., 2015).

Se ha constatado que la recuperación en los pacientes con TNP que recibieron TE, ha sido mayor frente a los pacientes que recibieron otros tipos de psicoterapia (Bamelis et al., 2014; Bakos et al., 2015). A su vez, se ha demostrado que una buena relación terapéutica es un importante factor en la eficacia de la TE. La actitud empática del terapeuta ayuda a los pacientes a superar la distancia que tienen con sus emociones, dando lugar a que puedan ser vulnerables (Bernstein et al., 2014).

Sin embargo, existen otras investigaciones que sostienen que actualmente no hay tratamientos basados en la evidencia para el TNP (King et al., 2020), ni estudios que demuestren cuál es el tratamiento con mayor eficacia para este trastorno debido a la escasez de datos suficientes que ameritan los estudios (Magnavita, 2018).

En cuanto a las limitaciones del tratamiento, el principal obstáculo puede verse en la poca adherencia al mismo o la tendencia a abandonar el tratamiento después de las primeras sesiones. El modo exaltador de sí mismo puede no llegar a entender el objetivo de la terapia, más aún cuando nunca tuvo una relación basada en el cuidado real. Además, este modo puede generar que sea reacio a sus necesidades narcisistas de no sentirse especial (Young et al., 2007).

El abandono de la terapia puede producirse por evitación a la experiencia dolorosa propia del niño solitario. El paciente no tolera el sufrimiento al revivir en la terapia, de modo que se siente vulnerable y no tiene disposición para el tratamiento. Este modo, también puede generar el rechazo al terapeuta por no ser lo “suficientemente bueno”, es común que al principio idealicen al terapeuta para más adelante devaluarlo. Cuando el terapeuta logre

mantener a flote el modo del niño solitario y reparentalizarlo, puede que el apego del paciente hacia el terapeuta sea la causa para continuar el tratamiento (Young et al., 2007).

En conclusión, diversas investigaciones han mostrado que la TE es una psicoterapia eficaz para tratar al TNP, a pesar de que no se haya logrado un consenso general sobre su eficacia. Esta revisión bibliográfica ha ayudado a visibilizar la falta de nuevas investigaciones enfocadas en la temática.

Ante esta realidad, se hace imperiosa la necesidad de seguir investigando sobre la efectividad de la TE especialmente para el TNP, ya que es un trastorno con alta prevalencia (Ronningstam, 2010; Pi y Zuo, 2021) y alta comorbilidad (Stinson et al., 2008; Ronningstam, 2010; Yakeley, 2018; Deng et al., 2021; Pi y Zuo, 2021). Esta población amerita un mayor análisis y proliferación de estudios tanto para concientizar sobre el trastorno y comprender su funcionamiento como aportar evidencia sobre la eficacia del tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albores, L., Márquez, M. E., y Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? Retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3), 16-26.
- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt Tinehart & Winston.
- Allport, G. W. (1955). *Becoming: Basic considerations for a psychology of personality*. New Haven: Yale University Press.
- Allport, G. (1961). *Psicología de la personalidad*. Paidós.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third Edition)*. Washington: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ta edición (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ta edición (DSM-V). Madrid: Panamericana
- Arntz, A., van Genderen, H., & Drost, J. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder* (1st ed.). John Wiley & Sons.
- Arntz A., Bernstein, D., & Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema model approach*. Sussex: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A. (2016). Schema therapy and the treatment of personality disorders. *Behavioral Therapy*, 49(3), 194–207.
- Azpiroz, M. y Prieto, G. (2011). *Trastornos de la personalidad*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Bakos, D. S., Gallo, A. E., & Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemporary Behavioral Health Care*, 1(1), 11–15. doi: 10.15761/CBHC.1000104

- Baljí, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*, 487.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *171*(3), 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: an experimental and social study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bayón C., Hill, K., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1996). Dimensional assessment of personality in an outpatient sample: Relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, *30*(5), 341-352.
- Bayón, C. (2006). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com*. 10(1). Disponible en: [https://psiquiatria.com/article.php?ar=tr\\_personalidad\\_y\\_habitos&wurl=modelo-psicobiologico-de-personalidad-de-cloninger-aproximacion-integradora-en-la-evaluacion-de-los-trastornos-de-personalidad-y-proceso-psicoterapeutico](https://psiquiatria.com/article.php?ar=tr_personalidad_y_habitos&wurl=modelo-psicobiologico-de-personalidad-de-cloninger-aproximacion-integradora-en-la-evaluacion-de-los-trastornos-de-personalidad-y-proceso-psicoterapeutico)
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324–333. doi:10.1001/archpsyc.1963.01720 160014002
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A., y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N. & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 191-197.
- Behary, W., T. (2006). The art of empathic confrontation: working with the narcissistic client. *Psychotherapy Networker*, 75-81.
- Behary, W., T. (2008). *Disarming the Narcissist: Surviving and Thriving with the Self-absorbed*. Oakland, CA: New Harbinger
- Behary, W. T & Dieckmann, E. (2011). Schema Therapy for Narcissism: The Art of Empathic Confrontation, Limit- Setting, and Leverage. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments* (pp. 445-456). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Kuelen de Vos, M., Vogel, V., & Lucker, T. P. (2014). Schema Therapy for forensic patients with personality disorders: design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 312-324.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1969). *The ecology of developmental process: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard Press.
- Caligor, E., Levy, K., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415–422.
- Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.

- Caro, I. (2007). *Manual de Psicoterapias Cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders* 151: 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>.
- Chertok, A. (2006). Desarrollo y mantenimiento de las depresiones. En A. Chertok (Ed), *Las Causas de Nuestra Conducta* (pp. 163-177). Montevideo: Edición digital.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Handbook of personality second edition. Theory and research. Lawrence A, Pervin, Oliver PJ (Eds.), *Temperament a New Paradigm for Trait Psychology*, p. 399-423. The Guilford Press, Nueva York.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4(3), 167-226.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, S. (2009). Conceptual issues in personality theory. In P. J. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 3–26). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596544.004>
- Cloninger, S. C. (2013). *Theories of Personality: Understanding Persons*. Pearson Education.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 165– 182. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343–359
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO-Revisado y NEO FFI, Inventario NEO reducido de cinco factores*. TEA Ediciones, S.A.

- de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L. M., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: a qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*, 31–45.  
doi:10.1017/S1352465816000357
- De la Fuente, R. (1983). *Psicología Médica. El temperamento, los motivos de la conducta y el carácter*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Deng, F., Ding, L., & Liao, C. C. (2021). An overview of Narcissistic Personality Disorder. *Advances In Social Science, Education and Humanities Research*, *615*, 1605-1610.  
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.271>
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(2), 242–251. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004>
- Dolcet i Serra, J. M., Aluja, A., y García Rodríguez, L. F. (2006). *Carácter y Temperamento: Similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. [Internet] [Tesis Doctoral]. [Lleida, España]: Universitat de Lleida; 2006. Disponible en:  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf;jsessionid=43203431EAA0DB848751EBEE72BCADF0.tdx2?sequence=1>
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 236–246.
- Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research from Hellenism to the Twenty-First Century*. Cambridge University Press.
- Elkin, D. (1998). *Psiquiatría Clínica*. Madrid: Mc GrawHill.
- Ellis, H. (1898). Auto-erotism: a psychological study. *Alienist and Neurologist*, *19*(2), 260-291.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, *59*, 35–49.



- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Ill, Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1970). *EPI Eysenck personality inventory*. London, UK: University of London Press.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences*. N.Y.: Plenum Press.
- Faccini, L., & Allely, C. S. (2016). Mass violence in individuals with autism spectrum disorder and Narcissistic Personality Disorder: A case analysis of Anders Breivik using the “Path to Intended and Terroristic Violence” model. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 229-236. doi: 10.1016/j.avb.2016.10.002
- Fang, S., & Chung, M. C. (2019). The Impact of Past Trauma on Psychological Distress among Chinese Students: The Roles of Cognitive Distortion and Alexithymia. *Psychiatry Research*, 271, 136-143. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.032
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out. A Self-Practice / Self-Reflection Workbook for Therapists*. New York, London: The Guilford Press.
- Fassbinder, E., Brand-de Wilde, O. & Artanz, A. (2019). Case formulation in schema therapy: Working with the mode model. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders. Tailoring psychotherapy to the individual client* (pp. 77–93). London, UK: Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00005-9>

- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual, Partes II y III. *Obras Completas. Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1905.
- Freud, S. (1992). Introducción del narcisismo. *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1914.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.  
doi:10.1001/archpsyc.63.6.649
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety, an enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gülüm, I. V. (2018). Dropout in schema therapy for personality disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(2), 116-122.  
doi:<http://dx.doi.org/10.4081/ripppo.2018.314>
- Gülüm, V. (2020). Dysfunctional Parenting and Psychological Symptomatology: An Examination of the Mediator Roles of Anger Representations in the Context of the Schema Therapy Model. *Psychological Reports*, 0(0) 1–19. DOI: 10.1177/0033294120971762journals.sagepub.com/home/prx
- Gülüm, V., & Soygüt, G. (2021). Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2021.1921301
- Gunderson, J. G., & Pollack W. S. (1985). Conceptual risks of Axis I-II division. In H. Klar, & L. J. Siever (Eds), *Biological Response Styles: Clinical Implications*, Washington DC: APA Press, pp. 81-95.

- Gutierrez, F. y Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 110, 49-52.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Izquierdo, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*. 13, (2), 617-643.  
Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980907>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171–185.
- Keegan, E., & Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. In R. Carlstedt (Ed.), *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine* (pp. 605–643). New York: Springer
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. D. F. México: El manual moderno.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno
- King, R. M., Grenyer, B. F. S., Gurtman, C. G., & Younan, R. (2020). A clinician's quick guide to evidence-based approaches: narcissistic personality disorder. *Clinical Psychologist*, 24, 91–95. <https://doi.org/10.1111/cp.12214>.
- Kohut, H. (1989). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores S.A.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2011). A historical review of narcissism and narcissistic personality. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments* (pp. 1-13). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, *63*, 76–85.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of ST: Theory, Research and Science* (pp. 41–66). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M. & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas V(1)*, 83-115.
- Magnavita, J. J. (2005a). *Personality-guided relational therapy: A unified approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Magnavita, J. J. (2012). *Theories of personality*. San Diego, CA: Bridgepoint Education.
- Magnavita, J. J. (2018). The treatment of trait narcissistic personality disturbances. In A. D. Hermann, A.B. Brunell, & J.D. Foster (Eds.), *Handbook of trait narcissism: Key advances, research methods, and controversies*, (pp. 471-479). Springer.
- Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). *Unifying psychotherapy: Principles, process and evidence from clinical science*. New York: Springer.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, A., Aggeli, A., Karveli, S. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*, 319–329.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behavioral Therapy*, *41*, 185–202.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna*. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.

- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad MIPS*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. y Davis, R. D. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson S.A. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=194483>
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2a ed.)*. Barcelona: Masson
- Mirović, T. (2018). Schema therapy – A new outlook at modern age problems and “old” disorders. In J. Todorovic, V. Hedrih, & S. Doric. (Ed), *Modern age and competencies of psychologists - International Thematic Proceedia*, (31-42). Niš, Serbia: University of Niš, Faculty of Philosophy.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. M. (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M. Spinhoven, P. ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 7(11), 961-973. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.013
- Nordahl, H. M., Holthe, H. & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142–149. doi:10.1002/cpp.43
- Oshima, F., Murata T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high- functioning autism spectrum disorder: a single- arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, 14(158), 1-8.  
<https://doi.org/10.1186/s13104-021-05556-1>

- Othmer, E. y Othmer, S. C. (1996). *DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos*. Barcelona: Toray Masson.
- Piaget, J. (1926). Psychology. *The Monist*, 36, 430–455.
- Pi, M., & Zou, Y. (2021). Responding to the Antisocial Personality Disorder and Narcissistic Personality Disorder: Etiology, Challenges, and Treatment. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 615, 1899-1901.  
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.323>
- Rank, O. (1911). A contribution to narcissism. *Jahrbuch fur Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 3, 401–426.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66–73.
- Roelofs, J., Muris, P., & Lobbestael, J. (2016). Acting and feeling like a vulnerable child and internalized “bad” parent, or a healthy person: The assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 469–482.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_209](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_209)
- Roepke, S., & Vater, A. (2014). Narcissistic personality disorder: An integrative review of recent empirical data and current definitions. *Current Psychiatry Reports*, 16, 445.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ronningstam, E. (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 326–340.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 68–75. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0084-z>
- Ronningstam, E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 102-106. doi: 10.1097/YCO.0b013e328359979c

- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*, 11, 167–177.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Schaap, G., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patient with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402-412. doi: 10.1037/pst0000056
- Schneider, K. (1943). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426–447.
- Shaw, I. A., Farrell, J. M., Rijkeboer, M., Huntjens, R., & Arntz, A. (2015). *An experimental case series of schema therapy for dissociative identity disorder*. Unpublished protocol, Maastricht University, The Netherlands.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>.
- Simpson, S. G., Skewes, S. A., van Vreeswijk, M., & Samson, R. (2015). Commentary: Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: An introduction to the treatment protocol. *Frontiers in Psychology*, 6, 609.
- Soleimaini, E., & Lorzangeneh, S. (2021). Investigating the relationship between early maladaptive schemas and narcissism in students. *Journal of Research in Psychopathology*, 1(4), 19–23
- Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W., & Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 591–596.

- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M.,... Grant, B. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033–1045.
- Svrakic, D. M., & Cloninger, C. R. (2010). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153-166.
- Thimm, J. (2017). Relationships between Early Maladaptive Schemas, Mindfulness, Self-compassion, and Psychological Distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 3-17.
- Vázquez, A., Ruiz, P. y Apud, I. (2016). Introducción a la Historia y a los Métodos en Psicología Cognitiva. En Vázquez Echeverría, A. (Ed.) *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva*. Montevideo: UdelaR.
- Verheul, R. (2003). The treatment of personality disorders: scientific findings and practical guidelines. *Psychopraxis*, 5(2), 58–64. <https://doi.org/10.1007/bf03072067>
- Verheul, R. (2009). Modifiability of personality disorders. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handbook of personality pathology* (pp. 221–234). Bohn Stafleu van Loghum. [https://doi.org/10.1007/978-90-313-6821-1\\_13](https://doi.org/10.1007/978-90-313-6821-1_13)
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158– 177
- Weishaar, M. E., & Beck, A. T. (2006). Cognitive theory of personality and personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp.114–135). New York: Springer
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1998). Performance characteristics of the DSM-III-R personality disorder criteria sets. In Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Ross, R., First, M. B., Davis, W., & Kline, M. (Eds.), *DSM-IV sourcebook*, Vol. 4 (pp. 357-73). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing



- Widiger, T. A., & Gore, W. L. (2015). Dimensional versus Categorical Models of Psychopathology. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp108>
- Wolterink, T., & Westerhof, G. (2018). Schema modes change and complaints in clients with complex personality disorders: A naturalistic follow-up study in a clinical setting. *Behavioral Therapy, 51*(1), 24-43.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Advances, 24*(5), 305–315. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.20>
- Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 126*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. (1994b). *Young Parenting Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. (1995). *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York: Schema Therapy Institute. <http://www.schematherapy.com/id49.htm>
- Young, J., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, NY: The Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2007). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.

Young, J. & Ryght, J. (1994). *Young-Ryght Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of Personality* (2 ed.). Cambridge University Press.