



Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

“Trastorno Narcisista de la Personalidad y Esquemas Maladaptativos Tempranos en una población femenina de bajos recursos socioeconómicos”

- **Alumna:** Sarti, Narella Paula
- **Supervisora Titular:** Lic. Spinetto, Marcela
- **Supervisores ayudantes:** Lic. Robles, Fernanda y Lic. Cepeda, Nicolás
- **Coordinadora de TIF:** Dra. Alba Ferrara, Lucía

Índice

Resumen.....	2
Introducción	3
Marco Teórico.....	3
Objetivos e hipótesis	13
Método	13
A. Diseño	13
B. Participantes	13
C. Instrumentos de recolección de datos	16
D. Procedimiento	17
Resultados.....	18
Discusión.....	19
Limitaciones y futuras líneas de investigación	27
Conclusión	29
Referencias.....	31

Resumen

Introducción: Este trabajo analiza la relación entre el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP), descrito por el DSM-IV, y de ciertos Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) propuestos por Young, considerando que estos últimos permiten una mayor comprensión de la etiología de esta patología. **Objetivos:** 1) Establecer la relación entre los EMTs: Desconfianza y Abuso, Privación Emocional, Estándares Inflexibles, Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad con el TNP, en una población femenina con bajos recursos socioeconómicos que presenten dicho trastorno. 2) Establecer la relación entre los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad con el contexto de vulnerabilidad social. **Método:** *Participantes:* 100 mujeres con bajo nivel socioeconómico fueron evaluadas con la entrevista psiquiátrica SCID-II y los cuestionarios AMAI-2018 y YSQ-L2. *Análisis estadístico:* Se realizaron pruebas T para muestras independientes, comparando los sujetos con y sin TNP en los diferentes EMTs. También se realizó una correlación bivariada entre los EMTs y el nivel socioeconómico. **Resultados:** Superando la corrección de Bonferroni por comparaciones múltiples, se hallaron diferencias significativas en los esquemas *Privación emocional*, $T_{(98)} = -4.903, p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 81.00, \sigma = 24.92$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 51.37, \sigma = 35.00$); *Desconfianza y Abuso*, $T_{(98)} = -2.518, p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 85.55, \sigma = 19.85$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 73.42, \sigma = 27.89$); *Estándares Inflexibles I*, $T_{(98)} = -3.055, p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 81.43, \sigma = 21.08$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 66.08, \sigma = 28.59$); *Insuficiente Autocontrol*, $T_{(98)} = -3.806, p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 79.55, \sigma = 21.78$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 60.62, \sigma = 26.99$); *Derecho/Grandiosidad*, $T_{(98)} = -3.740, p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 69.06, \sigma = 30.05$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 43.94, \sigma = 35.45$) // Existe una correlación positiva entre el EMT Autosacrificio y el bajo nivel socioeconómico, $r(98) = .267, p < .01$. **Conclusión:** Los EMTs relacionados con el TNP son: *Privación emocional*, asociado a dificultades empáticas; *Desconfianza y abuso*, vinculado a la creencia de que los demás se acercan con fines egoístas o para perjudicarlas; *Estándares Inflexibles I*, referido a comportarse y desempeñarse de manera perfecta para causar admiración y evitar la crítica; *Insuficiente Autocontrol*, alusivo a la impulsividad y al establecimiento de relaciones utilitarias; *Derecho/Grandiosidad*, basado en la creencia de ser superior y especial. // El EMT correlacionado con el bajo nivel socioeconómico fue *Autosacrificio*, interpretándose que las participantes del estudio se dedican a la crianza y cuidado de sus hijos, otorgándole prioridad a la satisfacción de sus necesidades en detrimento de las propias. No se halló relación con el EMT hipotetizado *Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad*, lo que podría deberse a que el apoyo social percibido por parte de la comunidad reduce el temor de verse afectadas por situaciones adversas.

Introducción

En estos últimos años, la incidencia tanto de personas con rasgos de personalidad narcisista o con Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP) se ha incrementado (Ronningstam, 2010). Además, es uno de los Trastornos de la Personalidad que abarca el espectro más amplio de gravedad (Caligor, Levy & Yeomans, 2015). Es por ello, que cobra relevancia la realización de estudios empíricos que puedan brindarnos mayor conocimiento sobre las implicancias y etiología de esta patología, ya que permitiría mejorar la comprensión general de dicho trastorno y su abordaje psicoterapéutico.

Teniendo esto en cuenta, la presente investigación hace hincapié en los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) elaborados por Jeffrey Young, y la relación que se establece entre dichas cogniciones disfuncionales y el TNP –descrito por el DSM IV-, en una población femenina de bajos recursos socioeconómicos.

Marco Teórico

El ser humano construye significados a partir de lo que se dice acerca de sí mismo, de los vínculos y del mundo (Feixas y Miró, 1993). Es por esto, que los terapeutas cognitivo conductuales trabajan con la significación que el sujeto tiene de la realidad, otorgándole, de esta manera, relevancia a los esquemas que la persona posee.

De acuerdo a Aaron Beck, (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) el término esquema hace referencia a determinados patrones cognitivos que tienden a mantenerse estables, a partir de los cuales las personas interpretan regularmente diversas situaciones.

Estos esquemas nucleares son idiosincráticos, egosintónicos (no le generan malestar), y proactivos, lo que implica que sesgan la información que va a ingresar, ignorando información contraria a su contenido y facilitando la incorporación de datos que sean congruentes con sus cogniciones o creencias (Riso, 2009). De esta manera, los esquemas tienden a autoperpetuarse y mantenerse en el psiquismo, condicionando el sentir, el pensar y el actuar de la persona (Feixas y Miró, 1993).

Las cogniciones o creencias que conforman a los esquemas pueden ser adaptativas o desadaptativas. En el primer caso, serán funcionales en la vida del sujeto; en el segundo, serán

disfuncionales. Esto ocurre cuando la persona es incapaz de flexibilizar el contenido de los esquemas. Por consiguiente, los esquemas se tornan rígidos, contribuyendo a la gestación de malestar y sufrimiento. Además, se vuelven más resistentes al cambio.

Es así como los modelos cognitivos reconocen el papel fundamental que cumplen los esquemas en la formación, desarrollo y perpetuación de los trastornos psicopatológicos (Feixas y Miró, 1993). De acuerdo a Clark y Beck (1997) son los esquemas idiosincráticos desadaptativos los que influyen en la manera en que el individuo procesa la información y son causa de los trastornos psicopatológicos. De esta manera, el concepto de esquema es pertinente para referirse tanto a los trastornos del Eje I como a los trastornos del Eje II (tomando la nomenclatura del DSM IV), siendo un término clave en la terapia cognitiva de los Trastornos de la Personalidad (TP). En consecuencia: “el Trastorno de la Personalidad constituye probablemente una de las representaciones más impresionantes del concepto de esquema de Beck” (Beck, Freeman y Davis, 1995, p.34).

Los TPs son definidos por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM IV) como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de conducta que no se corresponde con las pautas culturales en las que el sujeto está inserto, lo cual debe manifestarse en al menos dos áreas, pudiendo ser la cognoscitiva, afectiva, la de relaciones interpersonales o del control de los impulsos. Este patrón estable a lo largo del tiempo comienza en la adolescencia o principios de la edad adulta y genera malestar en el individuo, lo que repercute negativamente en ámbitos importantes de su vida (como por ejemplo, el social o el laboral) (American Psychiatric Association, 1994).

Los esquemas propios de los TPs (patologías del Eje II) se diferencian de los del Eje I porque actúan de forma cotidiana. Son considerados hipervalentes, ya que estos esquemas disfuncionales e idiosincráticos se activan con mayor continuidad, incluso frente a estímulos triviales, lo cual inhibe la aparición de otros esquemas que puedan ser más adaptativos en una situación determinada (Beck et.al, 1995). Teniendo esto en cuenta, es que Jeffrey Young elabora la Terapia centrada en los Esquemas. Esta terapia resulta innovadora al integrar diferentes marcos teóricos como la Teoría del Apego, la Gestalt, la Teoría de las relaciones objetales, el Constructivismo, el Psicoanálisis y la terapia cognitivo-conductual (Young, 1999). Además, fue concebida como una alternativa para personas con trastornos psicológicos crónicos consolidados,

dado que eran más resistentes a la Terapia Cognitiva tradicional, lo que dificultaba la evolución del tratamiento.

Es así como Young (1999) partiendo de la noción de esquema disfuncional de Beck, postula el concepto de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) y los define como temas extremadamente estables y duraderos que comienzan a gestarse durante la niñez y continúan elaborándose a lo largo de la vida del sujeto. Por lo tanto, esto hace que sea pertinente trabajar con la etiología de los síntomas actuales que la persona presente y no solamente con los factores que los mantienen (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

El origen de los EMTs reside en una interacción entre el temperamento innato del niño/a, las experiencias tempranas y las necesidades emocionales centrales insatisfechas. Estas últimas, incluyen la necesidad de tener afectos seguros con otras personas, estabilidad, cuidado y aceptación, autonomía, sentido de identidad, libertad para expresar tanto sus necesidades como sus emociones, espontaneidad y juego y, por último, una adecuada puesta de límites que contribuya a la capacidad del autocontrol (Young et al., 2003). En cuanto a las experiencias tempranas, las que propician en mayor medida el surgimiento de los EMTs son aquellas vivencias traumáticas, problemáticas o abusivas que acontecen principalmente dentro de la familia nuclear en etapas evolutivas tempranas del desarrollo del niño (Rodríguez Vílchez, 2009). Como resultado de la combinación de estos factores, los EMTs conforman patrones emocionales y cognitivos significativamente disfuncionales que el sujeto repetirá en el transcurso de su vida y servirán como marcos para el procesamiento de experiencias futuras (Young, 1999). De acuerdo a esta definición, el comportamiento de una persona no es parte del esquema en sí, sino que las conductas desadaptativas se originan como respuesta a un esquema disfuncional (Young et al., 2003), y terminan perpetuándolo. Uno de los estilos de afrontamiento que hace que los EMTs se mantengan, es la sobrecompensación. Esto implica que los sujetos se comporten, piensen, sientan y se relacionen con los demás de forma excesivamente contraria con el fin de evitar experimentar el afecto desagradable asociado al contenido del esquema. Esta acción, en vez de curar al EMT, lo refuerza, dificultando cada vez más poder modificarlo (Rodríguez Vílchez, 2009).

Young propone 18 EMTs, a los que agrupa en cinco dominios o dimensiones. Estos dominios reflejan carencias en las necesidades críticas de los niños que posibilitan su desenvolvimiento adaptativo, a la vez que describen relaciones tempranas disfuncionales con sus vínculos más

próximos. Ambas cuestiones, explican el funcionamiento interpersonal actual del sujeto (Rodríguez Vílchez, 2009). Sin embargo, se tendrán en cuenta siete EMTs elaborados por Young, en función de aquellos considerados pertinentes de indagar en la población estudiada y que hayan sido validados en el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young, YSQ – L2 (Castrillón et al., 2005), -instrumento que fue empleado en la presente investigación-.

El primer dominio, Desconexión y Rechazo hace referencia a personas que crecieron en un ambiente familiar distante, frío, impredecible o abusivo. Por ello, sus necesidades de seguridad, empatía, aceptación y afecto no fueron cubiertas (Rafaeli, Bernstein & Young, 2010). Cuando se convierten en adultos, estas personas creen que sus necesidades de cuidado, estabilidad, amor y sentido de pertenencia no serán satisfechas. Algunos de los EMTs que pueden ocasionar este estilo de crianza son (Young et al., 2003):

- ***Desconfianza/Abuso***: alude a la convicción de que otras personas se acercarán a uno con fines egoístas, pudiendo humillarlo, herirlo intencionalmente, engañarlo o aprovecharse de él.
- ***Privación emocional***: es la expectativa de que el deseo de lograr una conexión emocional con otro no se cumplirá, dado que no será adecuadamente satisfecho por los demás. Las tres formas principales de privación son: de cuidado (ausencia de atención, afecto o cariño), de empatía (ausencia de comprensión, escucha, auto apertura o de compartir sentimientos) y de protección (ausencia de determinación, dirección o guía por parte de los demás).

El segundo dominio, Autonomía deteriorada, puede deberse a haber sido criado en un ambiente sobreprotector. En consecuencia, cuando son adultos, les cuesta desempeñarse de manera independiente, funcionan “como niños” esperando que otro haga las cosas por ellos porque no tienen confianza en su propia capacidad. Los EMTs que posiblemente pueden desencadenarse son (Young et al., 2003):

- ***Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad***: es el temor exagerado a verse afectado por experiencias negativas que no pueden controlar, tales como situaciones médicas, emocionales o externas.

El tercer dominio, Límites inadecuados, generalmente acontece cuando el individuo creció en familias excesivamente permisivas e indulgentes, lo que contribuye a que desarrollen una

creencia de superioridad. En la vida adulta, pueden tener dificultades con respecto a la autodisciplina, el respeto de los derechos de los demás y la cooperación. Además, pueden carecer de la capacidad de postergar sus impulsos y de retrasar la gratificación en pos de un mayor beneficio en el futuro. A raíz de ello, podrían conformarse los siguientes EMTs (Rafaeli et.al, 2010):

- ***Insuficiente autocontrol:*** refiere a la dificultad para controlar sus emociones e impulsos. Además, suelen tener una baja tolerancia a la frustración y poca autodisciplina.
- ***Derecho y grandiosidad:*** implica la creencia de que uno es superior a los demás, por lo que se es merecedor de derechos y privilegios especiales. A menudo, creen que pueden hacer lo que quieran, sin considerar los costos que su accionar puede tener en terceros. Además, pueden ser extremadamente competitivos o dominantes, y carecen de empatía.

El cuarto dominio, Tendencia hacia el otro, surge a partir de un ambiente de aceptación condicional, esto implica que el niño debió restringir aspectos importantes de sí mismo para obtener amor o aprobación. Fueron criados en una familia donde las figuras parentales priorizaban sus necesidades emocionales o apariencias sociales, dejando en segundo plano las necesidades particulares del infante. Como adultos, suelen dirigir su comportamiento siguiendo los deseos de los demás, en vez de preocuparse por sus propias necesidades (Rafaeli et al., 2010). Los EMTs característicos de esta dimensión son:

- ***Autosacrificio:*** la persona satisface de manera voluntaria las necesidades de los otros, descuidando las propias con el fin de evitar el dolor de los demás o para mantener una conexión emocional con los otros (Young et al., 2003).
- ***Estándares Inflexibles:*** reúne la creencia de que uno debe cumplir reglas (autoimpuestas) rigurosas de actuación, para alcanzar estándares elevados de conducta y desempeño, y, de esta manera, obtener la aprobación de los demás y poder evitar la crítica. También se caracteriza por la preocupación por el tiempo, los detalles y la eficiencia. Este esquema se divide en Estándares Inflexibles I y II, la diferencia entre ambos reside en que en el caso del primero, las normas que la persona se impone a sí misma y la búsqueda de perfeccionismo generan dificultades en las relaciones

interpersonales, sacrificio del propio placer y felicidad, problemas de salud y una excesiva autocrítica si estas reglas rígidas no se cumplen. En cambio, en el segundo, si bien la persona posee una actitud hipercrítica hacia sí mismo y los demás, no reconoce las consecuencias negativas de su comportamiento (Young, 1999).

El quinto dominio, Sobrevigilancia e inhibición, refiere a la insatisfacción de la necesidad emocional temprana de espontaneidad y juego. Los niños son criados en un ambiente exigente, rígido y con altas expectativas de perfeccionismo. Al llegar a la etapa adulta, suelen presentar un comportamiento sujeto a reglas elevadas, otorgándole prioridad al deber y las obligaciones (Rafaeli et al., 2010).

La Teoría centrada en los Esquemas realizada por Young, tiene un gran potencial para arribar a una mejor comprensión de la persistencia e inflexibilidad de los TPs, descubrir su etiología y perfeccionar las intervenciones terapéuticas para que resulten más adecuadas (Riso, Du Toit, Stein & Young, 2007). En función a ello, se han realizado investigaciones para obtener resultados empíricos que comprueben la estrecha relación entre los EMTs y los TPs (Cordero y Tiscornia, s.f; Nordahl, Holthe & Haugum, 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001). No obstante, la mayoría de los estudios se abocaron en el Trastorno Límite de la Personalidad (Giesen-Bloo et al., 2006; Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014).

El presente estudio se centra en la relación entre los EMTs y el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP). Si bien la incidencia de casos de dicho trastorno ha aumentado (Ronningstam, 2010) y es considerado uno de los Trastornos de la Personalidad que posee el espectro más amplio de gravedad (Caligor et al., 2015), es uno de los TPs menos estudiados empíricamente (Russ, Shedler, Bradley & Westen, 2008). Es así como cobra relevancia la obtención de datos que evidencien la relación de especificidad entre los EMTs y el TNP.

La característica primordial del Trastorno Narcisista de la Personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que comienza a principios de la adultez y que se expresa en diferentes ámbitos (American Psychiatric Association, 1994). El DSM IV establece nueve criterios para su diagnóstico. El primer criterio refiere al sentido grandioso de autoimportancia que poseen estas personas. Suelen sobrevalorar sus habilidades y cualidades, por lo que dan la impresión de ser presuntuosos; se sienten merecedores de recibir

alabanzas y aguardan por ellas, por lo que se sorprenden sino se las otorgan; también tienden a exagerar sus logros, al mismo tiempo que le quitan valor a la contribución de los demás. El segundo criterio alude a que el sujeto tiene fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. El tercer criterio implica que el sujeto cree que es superior, especial o único, por lo que espera que las otras personas los reconozcan y traten de tal manera. El cuarto criterio refiere a una necesidad excesiva de admiración y atención, lo cual se debe a la frágil autoestima que tienen, que hace que se preocupen por si están haciendo bien las cosas y por cómo son vistos por los demás. El quinto criterio se caracteriza por expectativas irrazonables de recibir un trato especial. El sexto criterio surge de su pretenciosidad, lo que puede ocasionar que exploten sus relaciones interpersonales, es decir, que se aprovechen de otros para su propio beneficio. El séptimo criterio es la carencia de empatía, lo que hace que tengan dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas, los sentimientos y las necesidades de los demás. El octavo criterio se caracteriza por el hecho de que los sujetos suelen envidiar a terceros, -creyendo que ellos son más merecedores de los privilegios - o creen que otros lo envidian a él. Por último, el noveno criterio hace referencia a los comportamientos arrogantes y soberbios que tienen estos individuos. Frecuentemente tienen actitudes snobs, desdenosas o altivas (American Psychiatric Association, 1994).

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) reconoce la vulnerabilidad de la autoestima de las personas que reciben este diagnóstico, lo cual los convierte en seres extremadamente sensibles a la crítica o a la frustración. A partir de las críticas, pueden mostrar una apariencia de humildad para proteger su grandiosidad, reaccionar con desdén, rabia o desafío, o, aunque no lo expresen, pueden sentirse humillados, degradados y/o vacíos, lo que suele conducir a un retraimiento social o a un estado de ánimo depresivo.

Sin embargo, esta autoestima vulnerable, los sentimientos de inferioridad y de vacío, y las conductas reactivas no son contempladas al momento de realizar el diagnóstico de TNP. En consecuencia, el DSM IV ha sido criticado por hacer hincapié en los patrones externos (arrogancia, grandiosidad, comportamiento egoísta y desagradable) en detrimento de la experiencia interna y del sufrimiento del sujeto a causa de sus sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad, vergüenza, inadecuación, inferioridad y autocrítica interna (Ronningstam, 2010; Ronningstam, 2011; Russ et al., 2008). Frente a estos sentimientos, la búsqueda de perfección,

los altos ideales y estándares pueden funcionar en las personas con TNP para mejorar su autoestima y presentación personal, como también para evitar atormentarse con sus autocríticas y paliar los sentimientos de inferioridad (Ronningstam, 2011). Es importante tener en cuenta que a pesar de que haya casos en que la persona por medio de su control interno, pueda ocultar y hacer imperceptibles estos sentimientos, no quita que no sienta malestar (Ronningstam, 2009).

Young et al. (2003) coincide en que el sentido de grandiosidad es uno de los factores más característicos del TNP. No obstante, también critica los criterios del DSM IV, argumentando que están centrados en el comportamiento de estos pacientes, lo que les impide vislumbrar los pensamientos y sentimientos de base, los cuales son fundamentales para trabajar y alcanzar una terapia efectiva. Además, cabe destacar, que la creencia de ser alguien especial en las personas con TNP suele ser muy frágil, tienen un pensamiento dicotómico que hace que oscilen entre el extremo de sentirse extremadamente grandiosos o completamente inferiores (Beck et al., 1995). Para ellos no hay término medio, son maravillosos o no son nada, lo que es el resultado muchas veces de la aprobación condicional que recibieron en su infancia (Young et al., 2003) Esta distorsión cognitiva también es importante poder trabajarla con el individuo (Beck et al., 1995).

Por estos motivos, hay estudios que sostienen que reducir el TNP a los aspectos externos, implica subestimar esta patología del Eje II, lo que convierte en necesario hacer foco en la experiencia interna, ya que esto permitirá arribar a las características diferenciales del TNP (Russ et al., 2008).

El TNP es una patología compleja que puede superponerse con otros TPs, especialmente con los del Cluster B del DSM IV (Ronningstam, 2009) .Con respecto al trastorno histriónico de la personalidad, tienen en común el comportamiento seductor. En cuanto al Trastorno Límite de la Personalidad, son similares con respecto a la sensibilidad que tienen a las críticas y la furia que ellas pueden ocasionar (Ronningstam, 2010), con entablar relaciones poco estables y duraderas (Beck et al., 1995), explosivas y de intensa denigración al otro cuando no obtienen de él/ella lo que desean (Diamond et al., 2014). Por último, con el trastorno antisocial, pueden compartir la creencia de ser invulnerables, la envidia, las fantasías grandiosas y la necesidad de admiración. (Ronningstam, 2009).

Siguiendo esta línea, distintos autores (Ronningstam, 2010; Cain, Pincus & Ansell, 2008) afirman la existencia de diferentes niveles de severidad dentro de la patología. Así, habría dentro del espectro un narcisismo más bien encubierto, vulnerable, manifiestamente angustiado e hipersensible a las evaluaciones de los otros, hasta llegar a un narcisismo grandioso en el que el funcionamiento interpersonal está aún más deteriorado y las deficiencias en el funcionamiento moral se vuelven más evidentes (Caligor et al., 2015); siendo la combinación de la personalidad narcisista, la agresión (dirigida tanto hacia uno mismo como a los demás), las tendencias paranoides y tendencias antisociales la forma más grave dentro del espectro. Kernberg (2004) denomina a este síndrome como narcisismo maligno y considera que es el intermediario entre el TNP y el Trastorno de Personalidad Antisocial (TAS). De todas formas, cabe aclarar, que las personas con TNP no demuestran el colapso total del funcionamiento moral y la ausencia de capacidad para la lealtad que son propias del TAS (Caligor et al., 2015). Igualmente, existen casos en los que los sujetos con TNP se adaptan a las demandas morales de su entorno solamente por considerar que de esta manera podrán ser admirados por los demás (Kernberg, 2004).

El presente estudio pretende relacionar los EMTs propuestos por Young con el TNP, evaluado por la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID – II) en una población femenina con bajos recursos socioeconómicos. Al momento de realizar la búsqueda de material bibliográfico sobre este último factor asociado con los EMTs, hubo un vacío en la investigación. Se han empleado en la búsqueda palabras claves como: bajo nivel socioeconómico y esquemas maladaptativos tempranos, esquemas disfuncionales y pobreza, vulnerabilidad socioeconómica y esquemas maladaptativos.

Se han encontrado datos que afirman que la prevalencia de los Trastornos de la Personalidad es mayor en personas que solo tienen el nivel secundario de estudios, o que incluso no han podido alcanzar este nivel educativo (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001). A su vez, también hay hallazgos que sostienen que la prevalencia de TP es mayor que los datos epidemiológicos encontrados en población general (menor a 1%) y clínica (entre el 2% y 16%) por el DSM IV, siendo uno de los más recurrentes el TNP (Rodríguez Pellejero, Núñez y Hernández, 2017; Salavera, Puyuelo y Orejudo, 2009). No obstante, hay que tener en cuenta que este estudio fue realizado en personas sin hogar, lo cual no corresponde con la población que ha sido seleccionada para este estudio.

La muestra poblacional que concurre a la Posta Sanitaria “Las Lilas” y que fue incluida en esta investigación, es considerada como una población socialmente vulnerable. Esto no se debe solamente a su condición de pobreza, sino por la desventaja que tienen para acceder a recursos que le permitan vivir de manera más digna (Bertella, Grebe, Dalbosco y Alba Ferrara, 2018). Además, el 65% de dicha población no tiene los estudios de nivel secundario completos, el 12% vive en hogares en condiciones de hacinamiento crítico y el 71% no trabaja (Brunelli, et al., 2015). A su vez, las personas que viven en situación de pobreza están más expuestas a situaciones de violencia, exclusión social, eventos traumáticos, experiencias adversas en la niñez y disfunción familiar, las cuales repercuten negativamente en la salud mental. Esto, puede ocasionar un círculo vicioso, en el que el deterioro en la salud mental pueda conllevar a un incremento de la pobreza –o imposibilidad de salir de la misma- debido al mayor gasto en salud, la estigmatización que puede surgir a partir del diagnóstico, la pérdida de productividad y la posible pérdida de empleo (Quitian, Ruiz Gaviria, Gómez Restrepo y Rondón, 2016).

Estos factores anteriormente mencionados, ocasionan un contexto de vulnerabilidad que es propicio para engendrar múltiples estresores que, al combinarse, pueden desencadenar una situación de gran riesgo físico y psicosocial (Oros, 2009), lo que podría explicar el surgimiento de EMTs que subyacen a posibles TPs que aparecen en la adultez.

A pesar de ello, es importante tener en cuenta que no son solamente las condiciones objetivas (el acceso a una vivienda digna, alimentación, vestimenta, educación, atención médica y agua potable) las que determinan la pobreza de una persona, sino la percepción subjetiva que cada sujeto hace de este fenómeno, la cual es independiente del nivel de ingresos que posee para proveerse de bienes y servicios (Quintero y Mejía, 2006). Esto hace que una persona con bajos recursos socioeconómicos pueda o no identificarse como pobre.

El apoyo social percibido es otro factor a tener en cuenta en contextos de pobreza. Este concepto se refiere a la ayuda potencial con la que cuenta un sujeto, ya sea brindada por su pareja, familia, amigos, vecinos o la comunidad en la que está inserto. A partir de estas redes sociales, la persona puede recibir recursos tanto psicológicos como materiales que le permitan responder de forma más adaptativa a las demandas socioambientales (Lever y Cienfuegos Martínez, 2006). Distintos estudios muestran que las personas que perciben apoyo social por parte de su entorno, son menos vulnerables a los efectos de los estresores que puede generar vivir

en situación de pobreza (Dos Santos Interlenghi & Salles Costa, 2013; Lever y Cienfuegos Martínez, 2007).

Objetivos e hipótesis

Objetivos

1. Establecer la relación entre los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs): Desconfianza y Abuso, Privación Emocional, Estándares Inflexibles, Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad con el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP), en una población femenina con bajos recursos socioeconómicos que presenten dicho trastorno.
2. Establecer la relación entre los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad con el contexto de vulnerabilidad social.

Hipótesis:

1. Los sujetos con TNP, tienen mayor incidencia de los EMTs: Privación Emocional, Desconfianza y Abuso, Estándares Inflexibles, Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad que aquellos sujetos sin TNP.
2. A mayor nivel de pobreza, hay un incremento de la activación de los EMTs Autosacrificio y Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad.

Método

A. Diseño

El presente trabajo se trata de una investigación de diseño no experimental, exploratorio de corte transversal.

B. Participantes

La muestra poblacional está compuesta por 100 mujeres de entre 20 a 50 años de edad ($\bar{x} = 33$), que asisten a la Posta Sanitaria las Lilas, -ubicada en Presidente Derqui, partido de Pilar-, para la atención personal o de terceros, durante el período comprendido entre el 1 de Agosto del

2018 y el 31 de Agosto del 2019, y que tienen un bajo nivel socioeconómico de acuerdo al Índice AMAI (clusters C, D y E) (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Nivel Socioeconómico Poblacional

Nivel Socioeconómico (NSE)	Puntos	N	%
A/B	212 o más	-	-
C+	168 a 211	3	3%
C	138 a 167	16	16%
C-	109 a 137	24	24%
D+	80 a 108	36	36%
D	51 a 79	21	21%
E	0 a 50	-	-

Nota: Descripción de la distribución muestral en las categorías del Índice AMAI-2018

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta para seleccionar la muestra fueron mujeres que no entraban dentro del rango etario definido, aquellas que no quisieran participar del estudio, quienes obtuviesen puntuaciones de los clusters A y B en el Cuestionario AMAI y mujeres sin TPs según la entrevista SCID – II. En la Tabla 2 puede observarse la distribución de los TPs en la muestra seleccionada. Es importante mencionar que una persona puede puntuar simultáneamente para más de un TP. Es por ello que la suma de los porcentajes de cada trastorno es mayor que el tamaño de la muestra.

Tabla 2

Distribución de los TPs

TP	N	% de la muestra
Obsesivo-compulsivo	73	73%
Límite	71	71%
Narcisista	65	65%
Esquizoide	60	60%
Paranoide	54	54%
Esquizotípico	49	49%
Pasivo-agresivo	48	48%
Por evitación	29	29%
Depresivo	28	28%
Antisocial	13	13%
Por Dependencia	12	12%
Histriónico	4	4%

Nota: Distribución de los TPs en la población estudiada, presentados en orden de mayor a menor incidencia.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Austral. Se evaluó a las participantes entregándoles los instrumentos en el siguiente orden: Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM- IV, - SCID II -, y el Cuestionario de los Esquemas de Young, YSQ- L2.

Los protocolos fueron administrados por el equipo docente de la cátedra Psicología Clínica Cognitiva- comportamental de la carrera de Psicología de la Universidad Austral y por seis estudiantes del último año de dicha licenciatura.

C. Instrumentos de recolección de datos

Para realizar el estudio se emplearon: el Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM- IV, -SCID II- y el Cuestionario de Esquemas Cognitivos de Young, YSQ - L2.

Cuestionario para la aplicación de la Regla AMAI 2018.

Fue creado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). El índice de Niveles Socioeconómicos (NSE) permite agrupar y clasificar a los hogares en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Para ello, considera seis dimensiones del bienestar dentro del hogar: capital humano, infraestructura práctica, conectividad y entretenimiento, infraestructura sanitaria, planeación y futuro, e infraestructura básica y espacio. La satisfacción de estas dimensiones determina la calidad de vida de los integrantes de los hogares.

Para medir este nivel de satisfacción, se desarrolló la “Regla NSE 2018”. Esta regla produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando las siguientes características del hogar: escolaridad del jefe del hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de personas ocupadas de 14 años y más, número de autos y tenencia de internet.

A partir de las seis características anteriormente mencionadas, se llega a una puntuación que permite ubicar a la persona dentro de un gradiente de categorías socioeconómicas que van desde la letra A a la E, siendo las letras C+, C, C-, D+, D- y E indicadores de bajo nivel socioeconómico.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM- IV.

Consiste en una entrevista semiestructurada compuesta por 119 ítems de respuesta dicotómica. En este caso, se ha utilizado la validación española del cuestionario realizada por

First, Gibbon, Spitzer, William y Benjamin (1999). La SCID II brinda los siguientes posibles Trastornos de la Personalidad pertenecientes al Eje II del DSM - IV: Por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial y no especificado.

Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-L2)

Se empleó la versión del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ – L2) que fue validada en una población de estudiantes universitarios en Medellín, Colombia (Castrillón et al., 2005).

El cuestionario consta de 45 ítems, los cuales se puntúan en una escala Likert de seis valores, siendo 1 “completamente falso” y 6 “me describe perfectamente”.

Evalúa once esquemas maladaptativos tempranos: Privación emocional (1-4), Abandono (5-11), Desconfianza y Abuso (12-16), Vulnerabilidad al daño o enfermedad (17-20), Entrampamiento (21-22), Autosacrificio (23-26), Inhibición emocional (27-29), Estándares Inflexibles II (30-32), Estándares Inflexibles I (33-36), Derecho y Grandiosidad (37-39) e Insuficiente Autocontrol (40-45).

D. Procedimiento

La administración de los protocolos se realizó en un solo encuentro, en consultorios facilitados por la Posta Sanitaria “Las Lilas”, institución que depende de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral. Previamente, se había concertado telefónicamente el día y horario de la entrevista. La toma se llevó a cabo de manera individual y respetando las variables del encuadre. Los instrumentos fueron aplicados en el siguiente orden: Cuestionario AMAI-2018, el Cuestionario SCID – II y el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ- L2.

Posteriormente, se codificaron manualmente los protocolos administrados y se elaboró una tabla en Excel con los datos obtenidos. Tres protocolos fueron descartados debido a la ausencia de algún TP.

A partir de los datos recolectados, se realizó un análisis estadístico inferencial mediante el programa informático SPSS versión 20.7. Se hicieron pruebas T para muestras independientes para establecer las diferencias significativas entre los sujetos con y sin TNP en los diferentes EMTs. También se realizó una correlación bivariada para detectar la relación entre los EMTs y el nivel socioeconómico.

Resultados

Superando la corrección de Bonferroni por comparaciones múltiples y considerando significativos los valores $p < .05$, como puede observarse en la Tabla 3, se hallaron diferencias significativas en los esquemas *Privación emocional*, $T_{(98)} = -4.903$, $p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 81.00$, $\sigma = 24.92$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 51.37$, $\sigma = 35.00$); *Desconfianza y Abuso*, $T_{(98)} = -2.518$, $p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 85.55$, $\sigma = 19.85$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 73.42$, $\sigma = 27.89$); *Estándares Inflexibles I*, $T_{(98)} = -3.055$, $p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 81.43$, $\sigma = 21.08$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 66.08$, $\sigma = 28.59$); *Insuficiente Autocontrol*, $T_{(98)} = -3.806$, $p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 79.55$, $\sigma = 21.78$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 60.62$, $\sigma = 26.99$); *Derecho/Grandiosidad*, $T_{(98)} = -3.740$, $p < .05$, siendo que los TNP ($\bar{x} = 69.06$, $\sigma = 30.05$) puntúan más alto que los NO TNP ($\bar{x} = 43.94$, $\sigma = 35.45$)

Tabla 3

Pruebas T para muestras independientes. Relación entre los EMTs y el TNP

EMTs	Grupo TNP (N=65)		Grupo sin TNP (N=35)		p<.05
	Media	DE	Media	DE	
Privación Emocional	81,00	24,92	51,37	35,00	p<.05
Desconfianza y Abuso	85,55	19,85	73,42	27,89	p<.05
Estándares Inflexibles I	81,43	21,08	66,08	28,59	p<.05
Insuficiente Autocontrol	79,55	21,78	60,62	26,99	p<.05
Derecho/Grandiosidad	69,06	30,05	43,94	35,45	p<.05

Nota: Reporte de las diferencias significativas entre los sujetos con y sin Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP). ($p < .05$).

Además, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para hallar la relación entre los EMTs y el NSE. Los resultados indican una asociación positiva y significativa entre el EMT

Autosacrificio y el bajo nivel socioeconómico, $r(98) = .267, p < .01$. No se halló una relación significativa entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el NSE (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Relación entre EMTs y Nivel socioeconómico (NSE)

	Índice AMAI-2018	$p < .01$
Autosacrificio	.267**	$p < .01$
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	.098	NS

Nota: **La relación es significativa al nivel $p < .01$

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue establecer la relación entre determinados EMTs y el TNP en una población femenina con bajos recursos socioeconómicos. En concordancia con la hipótesis planteada, se hallaron relaciones significativas entre el TNP y los EMTs: Privación Emocional, Desconfianza y Abuso, Estándares Inflexibles, Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad.

El EMT Privación emocional fue significativo en las personas con TNP en comparación con aquellas que no presentan el trastorno. Este EMT surge por necesidades emocionales que no fueron cubiertas durante la infancia, por lo que se desprende la creencia de que los demás no podrán satisfacer su deseo de conexión emocional (Young et al., 2003). Esto puede relacionarse con el hecho de que las personas con TNP se conciben a sí mismas como especiales y superiores, por lo que esperan un trato especial por parte de los demás (American Psychiatric Association, 1994). De esta manera, los sujetos con TNP tienen un alto nivel de demanda hacia los otros, motivo por el cual tienen pretensiones muy elevadas sobre la forma en que terceros deben comportarse con él/ella. En consecuencia, resulta difícil que consideren que los demás han cumplido con todas las condiciones necesarias para abastecer el soporte emocional que reclaman (Coderch, 2003). Por este motivo, si bien la mayoría de los reactivos del EMT Privación

Emocional del Cuestionario de Young (Castrillón et al., 2005) aluden a sentir que los demás no estarán a la altura de lo que uno necesita, el ítem que mejor explicaría esta característica del TNP es *“Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales”*.

Además, existen tres clases de privación: de cuidado (ausencia de atención o cariño), de protección (ausencia de dirección o guía por parte de los demás) y de empatía (ausencia de comprensión, escucha y de compartir sentimientos con los demás) (Rafaeli et al., 2010). Esta última es la que mayor relación posee con el TNP. Las personas con dicho trastorno poseen una disfunción en la empatía por lo que tienen fallas a la hora de reconocer las experiencias subjetivas, los sentimientos y las necesidades ajenas (American Psychiatric Association, 1994). Cabe destacar, que el EMT Privación Emocional surge a partir de un ambiente frío y distante, en el que las necesidades de afecto y empatía no fueron cubiertas (Rafaeli et al., 2010). Esta carencia en la vida temprana podría explicar la superficialidad de sentimientos con la que se desenvuelven y que no hayan desarrollado la capacidad para ser empáticos. Además, esta falla en la adquisición de la empatía, también genera que tengan dificultades para percibir y experimentar las conductas empáticas de otras personas para con ellos, lo que puede conllevar a que desconfíen de las intenciones de los demás (Ronningstam, 2010).

La presencia del EMT Desconfianza y Abuso también ha sido significativa en las personas con TNP. El contenido de este EMT refiere a la convicción de que otras personas se acercarán a uno con fines egoístas, pudiendo humillarlo, herirlo intencionalmente, engañarlo o aprovecharse de él/ella (Young et al., 2003). Esto se relaciona con una de las características cognitivas de los sujetos con TNP: el alto nivel de vigilancia que mantienen debido a la desconfianza interpersonal excesiva que poseen (López Pell, Rondón, Cellerino y Alfano, 2010). El ítem del Cuestionario de Young (Castrillón et al., 2005) que se asemeja a este rasgo es *“las otras personas rara vez son honestas, generalmente no son lo que parecen”*.

La desconfianza puede estar sostenida por el narcisismo, lo cual implica que el sujeto en función al grado de importancia que se atribuye a sí mismo, se sienta perseguido al creer que otros quieren perjudicarlo (Bermejo, 2007). Esto se vincula con uno de los criterios que el DSM IV establece para el diagnóstico del TNP, acerca de que estas personas suelen sobrevalorar sus habilidades, talentos y cualidades (American Psychiatric Association, 1994). Como resultado, los sujetos con TNP pueden desarrollar un pensamiento con tendencias paranoides, en el que

predomina una actitud de “yo contra el mundo”, por creer que los demás intentarán quitarle sus “dones especiales” al tener celos de los mismos (Beck, 1995). Esto último, se corresponde con otro de los criterios contemplados por el DSM IV: la creencia de que los demás lo envidian (American Psychiatric Association, 1994).

Además, el narcisismo se edifica sobre la base de la desconfianza (Bermejo, 2007) lo cual coincide con el hecho de que el EMT Desconfianza y Abuso surge a partir de que la necesidad de seguridad no fue cubierta por haber crecido en un ambiente frío, abusivo e impredecible (Rafaeli et al., 2010). A partir de la creencia de que nadie lo ayudará cuando lo necesite, puede desprenderse el pensamiento de que nadie merece ser ayudado por uno (Bermejo, 2007). Así, se desarrolla una conducta de autosuficiencia y de desvalorización de los aportes de los demás, propia de los sujetos con TNP (López Pell et al., 2010).

Tanto el EMT Privación Emocional como Desconfianza y Abuso pertenecen al Dominio Desconexión y Rechazo. A raíz de esto, se desprende que las personas con TNP fueron criadas en un ambiente carente de aceptación, estabilidad, protección y amor incondicional, lo que podría repercutir en el desarrollo de una autoestima frágil. Sin embargo, los sujetos con TNP no toleran los sentimientos negativos de inferioridad e inseguridad, motivo por el que utilizan estrategias sobrecompensatorias de superioridad, grandiosidad y fantasías de omnipotencia (López Pell et al., 2010; Kernberg, 2004; Young et al., 2003).

La relación entre el TNP y el EMT Estándares Inflexibles I fue significativa en contraste con aquellos que no poseen el trastorno. Este EMT refiere a la creencia de que hay que cumplir reglas –autoimpuestas– rigurosas de actuación, para alcanzar estándares elevados de conducta y desempeño y así, obtener la aprobación de los demás y poder evitar la crítica (Young, 1999). Las personas con TNP poseen una autoestima muy vulnerable, motivo por el que se preocupan por cómo están haciendo las cosas y por cómo son vistos por los demás, lo que hace que le presten mucha atención a las fuentes de elogio y de crítica. Es por ello, que necesitan sentirse admirados y buscan constantemente la adoración por parte de los otros (American Psychiatric Association, 1994; Beck et al., 1995). Sin embargo, su frágil autoestima, al mismo tiempo los convierte en sujetos extremadamente sensibles a la evaluación externa, por lo que se preocupan en demasía por presuntos defectos. Frente a esto, buscan mejorar su presentación personal a través de una

conducta narcisista de auto mejora, en la que promueven una supuesta perfección con el fin de evitar el juicio negativo (Ronningstam, 2010).

Esto implica que la búsqueda de perfeccionismo en sujetos con TNP no está motivada por el valor que le otorgan a los detalles, la eficiencia y la mantención del orden y del control, sino por la búsqueda de estatus, reconocimiento personal, autoestima y evitación de la vergüenza. Este esfuerzo e ideal perfeccionista, en ocasiones puede combinarse con el desprecio por las imperfecciones percibidas de otras personas, lo que contribuye a lograr la propia autoexaltación y así compensar los sentimientos de inferioridad que subyacen a este comportamiento (Ronningstam, 2011; López Pell, 2010). A su vez, esta autoestima basada en el perfeccionismo hace que las personas con TNP se impongan objetivos y metas excesivamente elevadas para verse a sí mismos como excepcionales y superiores a los demás (Ronningstam, 2010).

El EMT EI-I implica que la persona reconoce que su desenvolvimiento y autoexigencia por hacer las cosas de manera perfecta le generan consecuencias negativas, como por ejemplo, problemas de salud o una excesiva autocrítica si las reglas rígidas que se impone a sí mismo no se cumplen (Young, 1999). En el caso de las personas con TNP, esto podría deberse a que el perfeccionismo esté impulsado por altos estándares poco realistas que, al no lograr llevarlos a cabo, desencadenen sentimientos depresivos. Incluso en casos más severos, el perfeccionismo puede generar que coexistan con el TNP afecciones psiquiátricas tales como el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad y los trastornos alimenticios (Ronningstam, 2011). En función a esto, se considera relevante ahondar en la relación entre el EMT EI-I y el TNP en futuras investigaciones, para conocer el nivel de malestar que dicho EMT podría estar ocasionando en esta población en particular.

Dentro del dominio Límites inadecuados, se encontró una relación significativa con dos EMTs y el TNP: Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad. Este dominio, implica haber crecido en familias permisivas e indulgentes, lo cual favorece al desarrollo de una creencia de superioridad. A raíz de esta creencia, en la vida adulta pueden tener dificultades con respecto a la autodisciplina y el respeto por los derechos de los demás (Rafael et al., 2010). Esto puede relacionarse con el sentido grandioso de autoimportancia que poseen los sujetos con TNP y al hecho de que sean ajenos a las necesidades de los otros (American Psychiatric Association, 1994).

En cuanto al EMT Insuficiente Autocontrol, refiere a la dificultad para controlar sus emociones e impulsos, y a una baja tolerancia a la frustración (Young, 1999). En las personas con TNP esto se refleja en la incapacidad que tienen para postergar sus impulsos y en querer siempre que la gratificación sea inmediata, lo que les imposibilita retrasarla en pos de un beneficio mayor en el futuro. Esto puede conllevar a que se salteen las reglas o usen a los demás con tal de poder obtener lo que desean (López Pell, 2010). Con respecto a la dificultad que poseen para controlar sus emociones, se vincula con el funcionamiento emocional desorganizado de los sujetos con TNP, el cual les genera problemas a la hora de tolerar la naturaleza e intensidad de un sentimiento, poder identificarlo, verbalizarlo e integrarlo de manera congruente con las intenciones personales, los valores éticos y las convenciones sociales (Ronningstam, 2017). Principalmente, esta dificultad la presentan al momento de experimentar emociones como la tristeza, culpa e indecisión, dado que las interpretan como un signo de debilidad personal, lo cual puede atentar contra la imagen positiva que manifiestan de sí mismos. Como consecuencia, responderán de manera impulsiva e inmediata con actitudes o comportamientos que confirmen su poder, importancia y grandeza (López Pell, 2010).

Con respecto al EMT Derecho/Grandiosidad, implica la creencia de superioridad, lo que vuelve al sujeto merecedor de derechos y privilegios especiales. En consecuencia, suelen creer que pueden hacer lo que quieran, sin tener en cuenta si su accionar puede repercutir negativamente en terceros. Esto se relaciona con el hecho de que carecen de empatía y que pueden ser extremadamente dominantes en las relaciones interpersonales (Rafaeli et al., 2010). Este EMT es concerniente con el patrón general de grandiosidad y falta de empatía que refiere el DSM IV en el TNP (American Psychiatric Association, 1994). A su vez, el contenido de dicho EMT se vincula en gran medida con los criterios diagnósticos propuestos para esta patología.

La creencia de superioridad está contemplada dentro del DSM IV, la cual conlleva a que el sujeto con TNP pretenda que las personas lo traten de manera especial. Al mismo tiempo, este sentido de grandiosidad, genera que la persona con esta patología de la personalidad crea que hay pocas personas que merezcan que les dedique su tiempo y atención (American Psychiatric Association, 1994). Además, la pretenciosidad y la estrategia sobredesarrollada de usar a los demás es algo que caracteriza a aquellos con TNP, motivo por el que pueden aprovecharse de los otros o intentar dominarlos con tal de satisfacer sus propios deseos (Caligor et al., 2015). Esto se

debe a que conciben a las relaciones interpersonales como herramientas, pudiendo utilizar a las personas como objetos en su búsqueda de gratificación y beneficio personal (López Pell, 2010).

El ítem del Cuestionario de Young (Castrillón et al., 2005) que refleja este sentido exagerado de superioridad, singularidad y engrandecimiento personal propio de personas con TNP (Cain et al., 2008) es el de: *“tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás”*, lo cual también es indicador de la soberbia y arrogancia de los sujetos con dicho trastorno (López Pell, 2010).

Otro de los criterios del DSM IV que se relaciona con el EMT Derecho/Grandiosidad es el que refiere a la carencia de empatía, lo que hace que los sujetos con TNP tengan dificultades para reconocer los sentimientos, deseos y necesidades de los demás. A raíz de esto, su entorno puede quejarse al sentirse poco escuchado o debido a que no manifiesten interés o preocupación por los sentimientos de ellos (American Psychiatric Association, 1994).

La combinación de los EMTs Privación Emocional, Estándares Inflexibles I, Desconfianza y Abuso, Insuficiente Autocontrol y Derecho/Grandiosidad, en las mujeres con TNP de la población estudiada, indican la presencia de cierta vulnerabilidad en la autoestima que subyace a las actitudes de autoexaltación y depreciación de los demás, así como un alto nivel de hipervigilancia en función al grado de importancia que se atribuyen a sí mismas y a la desconfianza interpersonal excesiva que poseen. Además, señalan la dificultad para tener conductas empáticas, la impulsividad para obtener beneficios –lo que conlleva a la utilización de los vínculos con este fin-, y a un notable sentido de superioridad y grandiosidad que buscan reafirmar a través de la búsqueda del perfeccionismo. Estos componentes conforman una de las formas más graves dentro del TNP, dado que su comportamiento no alude meramente al engrandecimiento personal inherente de este trastorno, sino que indicaría ciertas deficiencias en el funcionamiento moral que se reflejan en la manera utilitaria, dominante e impulsiva con la que se desenvuelven y explotan las relaciones interpersonales, lo cual es propio de la presencia de rasgos antisociales (Kernberg, 2004; Caligor et al., 2015). Al mismo tiempo, las tendencias paranoides también señalan que se trataría de una de las presentaciones más problemáticas dentro del espectro del TNP (Kernberg, 2004). A partir de estos resultados, se desprende la importancia de profundizar en futuras investigaciones sobre la relación entre estos EMTs y el TNP para detectar el nivel de severidad de esta patología.

El segundo objetivo de la presente investigación fue explorar y describir los EMTs presentes en un contexto de vulnerabilidad social. Coincidiendo con la hipótesis planteada inicialmente, se halló una relación significativa entre el EMT Autosacrificio y el nivel socioeconómico, lo cual indica que la presencia de este EMT aumenta en situaciones de mayor pobreza.

El EMT Autosacrificio hace referencia a que la persona satisface voluntariamente las necesidades de los demás, descuidando las propias, con el fin de evitarles el dolor o mantener una conexión emocional con los otros (Young et al., 2003). Se interpreta que este EMT puede relacionarse con las participantes de este estudio dado que la mayoría de las mujeres son madres que se dedican a la crianza y cuidado de sus hijos, otorgándole prioridad a la satisfacción de sus necesidades en detrimento de las propias.

Además, la mayor parte de estas mujeres no trabajan, ni pudieron finalizar sus estudios secundarios por lo que su vida cotidiana se desarrolla principalmente dentro del hogar. Frente a esto, diversos estudios (Marcús, 2006; Nóblega Mayorga, 2009) señalan que en estos contextos se le otorga un valor positivo a la maternidad, considerándola la única vía de afirmación y realización personal, a la vez que definen su identidad como mujer desde el cuidado del otro. Esto podría explicar que busquen satisfacer incondicionalmente las necesidades de sus hijos y, así, reforzar positivamente su rol como madre.

Al mismo tiempo, en sectores vulnerables la maternidad es vista como posibilidad de cambio. De esta manera, los hijos adquieren importancia en la vida de las mujeres al ser percibidos como una posesión, como la posibilidad de tener algo propio en medio de las carencias tanto afectivas como materiales propias de estos contextos (Nóblega Mayorga, 2009; Salvatierra López, et al., 2005). En consecuencia, las madres desarrollan un amor incondicional hacia sus hijos para poder ejercer control sobre ellos, dado a la imposibilidad que tienen de controlar otros aspectos de su vida (Hanna, 2001). Cabe mencionar que estos estudios fueron realizados en madres adolescentes, lo cual no se corresponde con la población de la presente investigación, en la que la media de edad de las participantes es de 33 años. Sin embargo, se consideró que la información podía ser pertinente dado que la mayoría fueron madres por primera vez en su adolescencia o juventud. De todas formas, es necesario realizar investigaciones que ahonden más sobre esta temática para poder hallar en qué medida esta explicación es coincidente con las características de la población estudiada.

En muchas ocasiones, las madres suelen encontrar en sus hijos la fuente de afecto y compañía de la que han carecido en su vida (Nóblega Mayorga, 2009). Esto se corresponde con el Dominio Tendencia hacia el otro –del que el EMT Autosacrificio forma parte- el cual surge a partir de un ambiente donde las figuras parentales priorizaban sus necesidades emocionales, dejando de lado las necesidades afectivas del infante. También implica que hayan crecido en un ambiente de aceptación condicional, en el que fue necesario restringir aspectos importantes de uno mismo para obtener amor o aprobación. En consecuencia, en la adultez dirigen su comportamiento siguiendo los deseos de los demás, dejando en segundo plano sus propias necesidades (Rafaeli, et al., 2010) Por este motivo, podría interpretarse que las mujeres de este estudio le otorgan prioridad a la satisfacción de las necesidades de sus hijos para no perder la conexión emocional que mantienen con ellos.

Se esperaba hallar una relación entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el nivel socioeconómico, ya que el estar inserto en un contexto de vulnerabilidad social implica estar expuesto a múltiples estresores y experiencias negativas difíciles de controlar, ya sean estas médicas, emocionales o ambientales. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre dichas variables, lo cual podría deberse a distintos motivos.

Uno de ellos, reside en el hecho de que este EMT surge a partir de haber sido criado en un ambiente sobreprotector. Esto genera que en la adultez, la persona tenga dificultades para desempeñarse de forma independiente, por lo que se comportan como niños que esperan que los demás les resuelvan los conflictos, sin tener confianza en su propia capacidad para solucionarlos (Young et al., 2003). Frente a esto, surge la hipótesis de que generalmente, en contextos de pobreza, los niños no suelen crecer en un entorno sobreprotector. Incluso, desde pronta edad se desenvuelven con gran independencia, pudiéndose hacer cargo de tareas domésticas, estar al cuidado de sus hermanos más pequeños o manejarse solos fuera del hogar, lo cual refiere a conductas sobreadaptativas. Por este motivo, sería posible que, en la etapa adulta, no se consideren vulnerables frente a ciertas adversidades y, a su vez, sientan que poseen los recursos necesarios para obrar de manera autónoma, sin esperar que los demás hagan las cosas por ellos.

Otra explicación posible, implica considerar cuál es la percepción que las mujeres de este estudio tienen sobre la posibilidad de acceder a recursos externos que les permitan enfrentar distintas dificultades. De aquí se desprende la importancia que tiene el apoyo social percibido en

contextos de vulnerabilidad social. La población de esta investigación podría pensar que será ayudada por su entorno ante alguna circunstancia adversa, motivo que las convierte en menos vulnerables a los efectos de los estresores que pueden ocasionarse en situación de pobreza y, al mismo tiempo, las provee de soporte emocional e instrumental (Lever y Cienfuegos Martínez, 2006; Dos Santos Interlenghi & Salles Costa, 2013). Estas redes sociales, también les brindarían la sensación de poder tener mayor control sobre el ambiente, por lo que podrían experimentar como estresantes una menor cantidad de eventos (Lever y Cienfuegos Martínez, 2007), lo cual podría explicar la ausencia de una relación significativa entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el bajo nivel socioeconómico. A partir de esto, surge la hipótesis de que las mujeres de este estudio perciben mayor apoyo social de la comunidad. El hecho de considerar a esta última como la fuente principal de colaboración y no a sus vínculos más próximos, como pueden ser, por ejemplo, la familia o la pareja, se debe a que distintos estudios refieren que en situaciones de pobreza, es la comunidad la que suele convertirse en una fuente de apoyo altamente significativa, dado que, por lo general, su círculo más próximo suele encontrarse en condiciones similares a ellos (Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). Igualmente, esta cuestión debería ser estudiada en futuras investigaciones, dado que en el presente trabajo no se emplearon instrumentos que midan el apoyo social percibido de las participantes.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Una de las limitaciones de esta investigación fue la falta de sujetos sin presencia de algún Trastorno de Personalidad que funcionen como grupo control, ya que hubiese permitido obtener resultados estadísticos más significativos de la relación entre los EMTs y el TNP.

En segundo lugar, señalar que si bien la comorbilidad diagnóstica es un fenómeno inherente a los Trastornos de la Personalidad (Salavera et al., 2009), esto podría generar dificultades al momento de establecer un diagnóstico pertinente.

Reducir el TNP a los aspectos externos – los cuales son tenidos en cuenta por el DSM IV para realizar el diagnóstico de esta patología -, sin contemplar la experiencia interna que atraviesan estos sujetos, implica subestimar al trastorno (Russ et al., 2008). Es por ello, que unir la conducta manifiesta –evaluada por el DSM IV- con los aportes de la Teoría centrada en los Esquemas de Young, permite arribar a las características diferenciales del TNP, a la vez que brinda la posibilidad de conocer la etiología de los comportamientos desadaptativos propios de esta

patología. En consecuencia, la integración de ambas nociones permite una mirada más integral del TNP, la cual posibilitaría desarrollar un abordaje terapéutico más eficaz, que atienda a las necesidades particulares de los sujetos con dicho trastorno.

Siguiendo esta línea, y teniendo en cuenta la ausencia de investigaciones empíricas que ahonden sobre la relación entre los EMTs y el TNP, cobra relevancia continuar realizando investigaciones que estudien cómo se vinculan ambas nociones, ya que le otorgaría mayor validez a las formulaciones teóricas que proponen la articulación entre ambos conceptos (Young, 1999).

Además, debido al amplio espectro de gravedad del TNP, sería de gran utilidad que en futuras investigaciones se empleen técnicas que midan la severidad de este trastorno. A su vez, sería de gran interés poder medir la intensidad de la activación de los EMTs. De esta manera, se podría establecer en qué medida la intensidad de los EMTs influye en la gravedad de la patología.

También se abordó la relación entre los EMTs y el contexto de vulnerabilidad social. Sin embargo, ante la falta de estudios de esta índole, no fue posible comparar los resultados con investigaciones previas. De todas formas, a partir de los hallazgos, resulta pertinente continuar ahondando sobre la conexión entre ambas variables.

Por un lado, a partir de la significancia del EMT Autosacrificio, se podría continuar indagando en qué manera esto se relaciona con la maternidad y con el hecho de que la mayoría de las participantes se dedican a la crianza y cuidado de sus hijos.

Por otra parte, en cuanto a la ausencia de relación entre el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el bajo nivel socioeconómico, se desprende el interés por conocer si el apoyo social percibido influye y de qué manera en contextos de pobreza. Esto se debe a que estudios realizados en Latinoamérica afirman el impacto positivo que el apoyo social tiene en estas poblaciones, siendo un elemento de gran relevancia para responder de manera más adaptativa a las demandas socioambientales y para disminuir el efecto que los estresores pueden ocasionar en situaciones de vulnerabilidad social (Lever y Cienfuegos Martínez, 2007). Es por ello, que en futuras investigaciones podrían administrarse técnicas que evalúen este factor y, en el caso de comprobar su significancia, idear dispositivos de promoción de la salud mental que contemplen el valor del apoyo social percibido.

Finalmente, se podría replicar esta investigación en el nivel socioeconómico medio y alto para contrastarla con los resultados obtenidos en este estudio. Esto serviría para detectar si incide y de qué manera la variable socioeconómica en la presencia o ausencia de los EMTs. Al mismo tiempo, también permitiría evaluar si el factor socioeconómico repercute en los EMTs que se relacionan con el TNP.

Conclusión

Los resultados de este estudio han mostrado la pertinencia de asociar a los EMTs con el TNP. Se hallaron relaciones significativas con los EMTs: *Privación emocional*, asociado a dificultades empáticas y al alto nivel de demanda en sus relaciones con los demás, lo cual hace que sientan que el soporte emocional que reclaman no es otorgado; *Desconfianza y abuso*, vinculado a la creencia de que los otros quieren perjudicarlas y apropiarse de sus cualidades especiales; *Estándares Inflexibles I*, referido a comportarse y desempeñarse de manera perfecta para causar admiración, evitar la crítica y, a su vez, compensar la frágil autoestima que subyace a las conductas de autoexaltación; *Insuficiente Autocontrol*, alusivo al comportamiento impulsivo, la baja tolerancia a la frustración y a entablar relaciones utilitarias para obtener su propia gratificación; y *Derecho/Grandiosidad*, basado en la creencia de ser superior y merecedor de recibir un trato especial. Esta pretenciosidad, también propicia a que conciben a las relaciones como herramientas para conseguir lo que desean.

Todas estas características conforman una de las presentaciones más severas dentro del TNP, dado que indican la presencia de ciertos rasgos propios de la personalidad antisocial. Por este motivo y dado el aumento de la prevalencia del TNP, se sugiere continuar profundizando en futuros estudios acerca de la relación entre los EMTs anteriormente mencionados y la patología narcisista de la personalidad.

En cuanto a la relación entre los EMTs y el bajo nivel socioeconómico, se halló una correlación entre el EMT Autosacrificio, interpretándose que las participantes de este estudio se dedican a la crianza y cuidado de sus hijos, otorgándole prioridad a la satisfacción de sus necesidades en detrimento de las propias. A su vez, creerían que esta es la conducta necesaria para no perder la conexión emocional que tienen con los hijos.

A diferencia de la hipótesis planteada, no se halló relación con el EMT Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. Esto podría deberse a que el apoyo social percibido por parte de la comunidad reduce el temor de verse afectadas negativamente por situaciones impredecibles y estresantes que son desencadenadas por la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran.

Estos hallazgos reflejan la idoneidad de los EMTs para tener una mayor comprensión de la etiología y de las conductas desadaptativas de los sujetos con TNP. A su vez, reflejan la importancia de conocer el contexto en el que las personas viven y cómo estas lo perciben. Tener estos factores en cuenta, permitirá diseñar un abordaje terapéutico integral y eficaz, que atienda a las particularidades de esta población con bajos recursos socioeconómicos y con TNP.

Referencias

- American Psychiatric Association, (1994). *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales, DSM IV*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bamelis, L.M., Evers, S.M., 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*, 305-322. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T., Freeman A., y Davis, D. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior Research & Therapy*, *39*(10), 1213–1225.
- Bermejo, F.S. (2007). Narcisismo y sociedad, entre la carencia y la arrogancia. En Talarn, A. (Ed). *Globalización y salud mental*, 417-452. Barcelona, España: Herder.
- Bertella, M.A., Grebe, M.P., Dalbosco, M.S., y Alba Ferrara, L. (2018). Funciones ejecutivas, pobreza y estimulación cognitiva: un andamiaje para futuras intervenciones. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *26* (1), 33-40.
- Brunelli, Centeno, Desmery, Sayal, Moll, Morandi & Vera. (2015). Análisis sociodemográfico de la población que asiste a la posta sanitaria “Las Lilas”. *Documento inédito*. Universidad Austral.
- Caligor, E., Levy, K.N., & Yeomans, F.E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, *172* (5), 415-422.
- Cain, M.N., Pincus, A.L., & Ansell, E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality

psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638-656. doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.006

Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N.H., Maestre, K., Marín, C., y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37 (3), 541-560.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro, I. (Ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, 119-127. Barcelona, España: Paidós.

Coderch, J. (2003). La personalidad narcisista de nuestro tiempo. *Temas de Psicoanálisis*, 8, 11-33.

Cordero, S., y Tiscornia, M. (s.f.). Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto.

Diamond, D., Clarkin, J.F., Levy, K.N., Meehan, K.V., Cain, N.M., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid Narcissistic Personality Disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1), 175-210. doi: 10.1080/00107530.2014.880316

Dos Santos Interlenghi, G., & Salles Costa, R. (2013). Inverse association between social support and household food insecurity in a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutrition*, 18 (16), 2925-2933. doi: 10.1017/S1368980014001906

Feixas, G., y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

First, M.B, Gibbon, M., Spitzer, R.L, Williams,R.B., y Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.

- Giesen Bloo, J., Dyck, R., Sphinhoven, P., Tilburg, W., Dirksen, C., Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Hanna, B. (2001). Negotiating motherhood: The struggles of teenage Mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 456-464.
- Kernberg, O.F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. Estados Unidos: Yale University Press.
- Lever, J.P., y Cienfuegos Martínez, Y.I. (2006). Impacto de las variables de personalidad sobre la percepción de la pobreza. *Anales de Psicología*, 22 (2), 217-233.
- Lever, J.P., y Cienfuegos Martínez, Y.I. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (2), 177-178.
- López Pell, A.F., Rondón, J.M., Cellerino, C., y Alfano, S.M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas*, 4 (1), 97-124.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (7), 110-119.
- Nóblega Mayorga, M. (2009). La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Revista de Psicología*, 27 (1), 29-54.
- 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 & Psychotherapy*, 12(2), 142-149. doi: 10.1002/cpp.430.
- Oros, L. (2009). El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Revista Interamericana de Psicología*, 43 (2), 288-296.

- Petrocelli, J.V., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., & Campbell, L.F. (2001). Early maladaptive schemas of Personality Disorder Subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559. doi: 10.1521/pedi.15.6.546.19189
- Quintero, L.F., y Mejía, A.M. (2006). Percepción subjetiva de los pobres: Una alternativa a la medición de la pobreza. *Panorama*, 8 (15), 26-40.
- Quitian, H., Ruiz Gaviria, R.E., Gómez Restrepo, C., y Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-8. doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.005
- Rafaelli, E., Bernstein, D.P., & Young, J. (2010). *Schema Therapy: Distinctive Feature*. Londres, Inglaterra: Routledge
- Riso, P., Du Toit, P. L., Stein, D.J., & Young, J. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A scientist-practitioner guide*.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Madrid, España: Paidós
- Russ, M.A., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165 (11), 1473-1481. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07030376
- Rodríguez Pellejero, J.M., Núñez, J.L., y Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 197-206. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18848.
- Rodríguez Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17 (1), 59-74.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic Personality Disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39 (3), 111-121.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 68–75. doi: 10.1007/s11920-009-0084-z

- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder: A Clinical Perspective. *Journal of Psychiatric Practice, 17* (2), 89-99. doi: 10.1097/01.pra.0000396060.67150.40
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder – implications for alliance building and treatment. *Borderline Personality and Emotion Dysregulation, 4* (3), 1-13. doi: 10.1186/s40479-017-0054-8
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1473-1481. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07030376
- Salavera, C., Puyuelo, M., y Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y hogar: Estudio con personas sin hogar. *Anales de Psicología, 25* (1), 261-265.
- Salvatierra López, L., Aracena Alvarez, M., Ramírez Yáñez, P., Reyes Aranís, L., Yovane, C., Orozco Rugama, A., Lesmes Páez, C., y Krause Jacob, M. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 14* (1), 141-142.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of Personality Disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. Florida, Estados Unidos: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guildford Press.