

PERSONA



Volumen 8
Suplemento 2
Julio 2008



***Personalidades Narcisistas y Personalidades
con Rasgos Narcisistas***
Dolores Mosquera

IAEPD

Instituto Argentino para el Estudio
de la Personalidad y sus Desórdenes

*DIRECTOR: Néstor Mario Saúl Koldobsky | PROPIETARIO: Néstor Mario Saúl Koldobsky
Registro de Propiedad Intelectual N° 637025*

Indice

- 3** **Comité**
- 4** **Editorial**
- 5** **Editorial (English)**
- 6** **Recordatorio**
- 7** **Personalidades Narcisistas y Personalidades con Rasgos Narcisistas**
Dolores Mosquera
- 19** **Libros Dolores Mosquera**
- 22** **Calendario de actividades**
- 23** **Reglamento de publicaciones**
- 24** **Instructions to authors**

Comité

Editor Fundador:

Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky

Editores Asociados:

Prof. Dra. Claudia Astorga

Prof. Dra. Adhelma Pereira

Colaboradores:

Dr. Alvaro Galeano

Comité Editorial:

Prof. Ricardo Angelino (Argentina)

Prof. Edgar Belfort (Venezuela)

Prof. Jorge Folino (Argentina)

Prof. Eduardo Gastelumendi (Perú)

Prof. Eduardo Mata (Argentina)

Prof. Hilda Morana (Brasil)

Prof. José Rivas Recaño (Cuba)

Prof. Danilo Rolando (Uruguay)

Prof. Roberto Sivak (Argentina)

Prof. Dante Warthon (Perú)

Comité Científico Consultor:

Prof. Julio Acha (Perú)

Prof. Renato Alarcon (EEUU - USA)

Antonio Andreoli, MD. (Suiza - Switzerland)

Prof. Thomas Bronisch (Alemania - Germany)

Prof. Vicente Caballo (España-Spain)

Prof. José Luis Carrasco Perera (España - Spain)

Prof. José Luis Carrera (Argentina)

Prof. Herbert Chappa (Argentina)

Robert Cloninger, Md. (EEUU - USA)

Prof. Jan Derksen (Holanda - The Netherlands)

Prof. Héctor M. Fernandez Alvarez (Argentina)

Arthur Freeman MD. (EEUU - USA)

Prof. Hugo Lande (Argentina)

Prof. Fernando Linares (Argentina)

John Livesley, Ph. D., MD. (Canada)

Prof. Juan Maass (Chile)

Cesare Maffei, MD. (Italia - Italy)

Prof. Juan Mezzich (Perú - USA)

Theodore Millon, Ph.D.(EEUU - USA)

Gerard Moeller, MD. (EEUU - USA)

Prof. Roger Montenegro (Argentina)

Prof. Norma Najt (Argentina)

John Oldham, MD. (EEUU - USA)

Joel Paris, MD. (Canada)

Prof. Antonio Perez Urdaniz (España - Spain)

Elsa Ronningstam Pd.D. (EEUU - USA)

Prof. Vicente Rubio Larrosa (España - Spain)

Prof. Jerónimo Saiz Ruiz (España - Spain)

Larry J. Siever, MD. (EEUU - USA)

Kenneth Silk, Md. (EEUU - USA)

Erik Simonsen, MD. (Dinamarca - Denmark)

Prof. Néstor Stingo (Argentina)

Michael Stone, MD. (EEUU - USA)

Prof. Dr. Manuel Suarez Richards (Argentina)

Peter Tyrer, MD. (Inglaterra - United Kingdom)

Per Vaglum, MD. (Noruega - Norway)

Prof. Angel Valmaggia (Uruguay)

Prof. Raquel Zamora Cabral (Uruguay)

Corresponsales:

Prof. Julio Acha (Perú)

Dra. Thalia Attie (México)

Prof. Juan Maass (Providencia, Chile)

Lic. Silvina Hollidge (Rosario, Argentina)

Prof. Javier Irastorza (Madrid, España - Spain)

Prof. Fernando Linares (Mendoza, Argentina)

Prof. Raúl Masino (Tucumán, Argentina)

Prof. Danilo Rolando (Montevideo, Uruguay)

Editorial

Tenemos el placer de publicar el segundo suplemento de PERSONA del año 2008. Los suplementos de PERSONA están dedicados al desarrollo en profundidad de temas únicos, por especialistas en cada uno de los aspectos tratados. El campo clínico y de la terapéutica de los Trastornos de la Personalidad, tiene un creciente número de aportes en los últimos años, en cantidad y calidad de la investigación y con grandes esfuerzos para la validación de los mismos. La gran mayoría refleja los aspectos teóricos de las corrientes del pensamiento vigentes en esta "tercera ola" de teorías y avances en el conocimiento de los aspectos etiológicos de los TP.

En esta entrega contamos con un excelente aporte de Dolores Mosquera, experta Española, Máster en Psicología Clínica Adultos-Infantil; Formación de Psicoterapeutas de conducta, (Centro de Psicología Conductual, acreditado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León); Licenciada en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela - Especialidad: Clínica; Directora y Psicóloga de LOGPSIC, Centros de Psicología y Logopedia; Coordinación y supervisión de terapias; Psicoterapia individual, de pareja, grupal y familiar; Seminarios informativos; Cursos de formación, etc. Desde hace muchos años, Dolores Mosquera está trabajando, investigando, desarrollando y enseñando, en el vasto campo de los trastornos de personalidad. En este caso, publicamos un exhaustivo aporte sobre el Narcisismo, tema a veces olvidado, pero de enorme valor para el clínico en TP. Sabemos que este excelente desarrollo será de suma utilidad para los más de 2000 lectores de PERSONA en el mundo.

Esperamos recibir nuevos aportes y como siempre, comentarios y sugerencias para seguir enriqueciendo la revista.

La Plata, Argentina, Julio de 2008.

Prof. Dr. Néstor Koldobsky

Director

Editorial

We have the pleasure to release the second 2008 supplement of PERSONA. The PERSONA supplements are dedicated to develop, in depth, unique themes by specialists in each of the aspects treated. The therapeutic and clinical ground in PD has an increased number of developments in the last years, in the quantity and quality of the investigation, where great efforts were done to validate them. The great majority of these works reflect the theoretical aspects of the trends of thought presented in this "third wave" of theories and advances in the knowledge of the etiological aspects of the PD.

In this issue we have an excellent contribution of Dolores Mosquera, a Spanish expert, with a Master's Degree in Clinical Psychology Adults-Children; Formation of Behaviorist Psychotherapists (Behaviorist Psychology Center, accredited by the Official Psychologist College of Castilla and León); Bachelor's Degree in Psychology from the University of Santiago de Compostela- Specialty: Clinic; LOGPSIC Director and Psychologist, Psychology and Speech Therapy Centers, Therapy coordination and supervision; Individual, group, couples and family therapies; Informative seminars; Formation courses; etc.

For many years, Dolores Mosquera has been working, doing research and teaching in the vast field of Personality Disorders. In this case we publish an exhaustive contribution about Narcissism, sometimes a forgotten subject but of priceless value for the clinic in PD.

It is known that these excellent developments will be of great usefulness for the more than 2000 PERSONA readers around the world.

Contributions, opinions and suggestions will be welcomed as usual.

La Plata, Argentina, July, 2008.

Prof. Dr. Néstor Koldobsky
Director

El IAEPD lamenta comunicar el fallecimiento de la entrañable Dra María Martina Casullo, incansable docente y brillante investigadora.

La Dra. María Martina Casullo había obtenido su doctorado en la Universidad de Ohio, era Directora del Doctorado de la Universidad de Palermo, PhD en Psicología, de la Maestría en Psicología y Salud y de la Revista Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad de la Universidad de Palermo. Era Docente emérita de la Facultad de Psicología (UBA), investigadora de Conicet y autora de numerosos libros de su especialidad.

Dolores Mosquera

Personalidades Narcisistas y Personalidades con Rasgos Narcisistas

Los trastornos narcisistas han suscitado interés en los clínicos desde hace años, aumentando notablemente en el siglo XIX. Así, a primera vista, resulta complejo adentrarse dentro de las diferentes conceptualizaciones y sacar conclusiones que coincidan. Esto parece indicar que no existe unanimidad en lo que se refiere al concepto ni definición de narcisismo, a excepción de los orígenes sobre el nombre y cuando se empieza a desarrollar el concepto. Intentar bucear en la literatura sobre este tema es realmente interesante aunque tremendamente confuso.

Uno de los aspectos que puede haber contribuido a esta confusión es concebir los trastornos borderline y narcisistas como un mismo trastorno. En 1981, James F. Masterson introdució su libro *“The Narcissistic and Borderline Disorders”* con los siguientes testimonios:

*“Un **paciente límite** refería: tengo una autoimagen tan negativa y tan poca confianza en mí mismo que no puedo decidir lo que quiero, y cuando lo decido, tengo aún más dificultad para hacerlo”*

*Un **paciente narcisista** refería: La junta directiva me ha negado el ascenso a jefe ejecutivo aunque mi trabajo era bueno porque sentían que tenía relaciones pobres con los empleados. Cuando me quejé a mi esposa, estuvo de acuerdo con ellos y dijo que mi relación con ella y con los niños era igualmente mala. No lo entiendo. Sé que soy más competente que todas esas personas”*

Y explica que estos dos testimonios ilustran el amplio espectro de la psicopatología del self (narcisismo), que va desde la baja autoimagen observada en el borderline hasta la excesivamente alta autoimagen que se observa en el narcisista. En este mismo texto Masterson cita a Kohut y refiere que ignorar estas diferencias y ver ambos trastornos como uno, ha creado una confusión continua. En este sentido, es interesante mencionar que Michael H. Stone en su libro *“Abnormalities of Personality”*, cuando habla de los rasgos narcisistas sugiere que Kohut y Freud no tenían en mente el mismo tipo de pacientes cuando formularon sus ideas sobre la posibilidad de formar una transferencia por parte de estos pacientes. Más adelante, en el mismo texto comenta que las posturas de Kohut y Kernberg parecen irresolublemente opuestas; me pregunto si esta postura tan opuesta, puede ser debida (en parte) a este mismo aspecto: a los pacientes que tenían en mente cuando planteaban sus reflexiones. Este es uno de los motivos por los que he recurrido a los subgrupos (ver parte final de este artículo).

Millon denomina al trastorno narcisista como “el patrón egoísta” (9), quizás en esto haya bastante acuerdo pues la mayoría de los autores hablan de sujetos “enfriados” en sí mismos (aunque existe divergencia en cuanto a los diferentes motivos). Lo que más me gusta de Millon es la practicidad y simplicidad de su propuesta, pues sin anular la posibilidad de que existan *motivos de regresión libidinosa o de decepciones frente a progenitores omnipotentes* como ha señalado Kernberg, considera que el origen del estilo narcisista se basa en sobrevaloraciones poco realistas de los padres sobre la valía del niño; la creación de una autoimagen sobrevalorada que será insostenible en el mundo externo. Esta simple explicación coincide con algunas de las verbalizaciones de pacientes cuando expresan su “choque” con la realidad (ver testimonios en página 8).

Otra propuesta que resulta interesante y que coincide con parte de lo mencionado por Millon, es la que plantea Michael H. Stone, en su libro *“Abnormalities of Personality, Within and Beyond the Realm of Treatment”*; comenta que los rasgos narcisistas se pueden desarrollar, cuando hay desviaciones en la crianza de los niños. Por lo que se desprende de su explicación, viene a decir que la patología narcisista se puede iniciar, en cierto modo, a consecuencia de un exceso o defecto de atención por parte de los progenitores. Con *desviaciones* se refiere a comportamientos que se sitúan en extremos opuestos pero que pueden, en cierto modo, ser similares en el resultado:

consentimiento y negligencia; esperar demasiado o esperar muy poco del niño. En este texto, Stone comenta que los halagos excesivos a un niño (tenga o no un talento inusual) pueden dar lugar a lo que Tartakof (1966) denominó el “Complejo de Premio Nóbel” y explica que estas situaciones pueden generar sentimientos de superioridad y la sensación de estar “destinado a ser grande”. Además, comenta que sentimientos similares pueden surgir cuando ha habido indiferencia y negligencia parental, explicando que en estos casos, un niño puede desarrollar un deseo exagerado de “grandeza” como manera de construir una sensación de valía en la ausencia de los halagos y/o refuerzos parentales. Este mismo autor, señala que un niño excesivamente alabado se puede considerar mejor de lo que realmente es, mientras que un niño descuidado, puede presentar un cuadro más complejo: una sensación de especialidad que muestra a los demás (compensatoria) que en realidad cubre una sensación interna de no valía.

A continuación expongo algunos ejemplos de personas que una vez han “bajado defensas” y realizado un duro trabajo de introspección, se hacen conscientes de sus dificultades, verbalizando aspectos similares a los descritos por los anteriores autores:

“Mis padres siempre me han tratado como un ser especial, me creía única, superior... encontrarme con el mundo real fue muy traumático ¿por qué no se daban cuenta de lo maravillosa que era?? Con el tiempo me di cuenta de que era yo la que no encajaba y sí era tan especial ¿por qué no funcionaba en las relaciones?; ¿por qué siempre tenía problemas con los demás? La actitud de prepotencia no ayudaba pero no era consciente de esto, yo despreciaba a los demás por no ser capaces de valorar mi valía... que equivocada estaba.. en ningún momento me planteaba la posibilidad de que mi actitud pudiese influir sobre el resto, consideraba que debía ser tratada de manera especial solo por ser yo, que vergüenza...”

“Siempre tuve apoyo de mi familia aunque creo que no me ha beneficiado. Cuando me presentaba a un trabajo y no me elegían, acudían rápidamente a rescatarme, siempre con frases como “ellos se lo pierden”, “no están preparados para alguien como tú”, “no te interesa estar rodeada de mediocres, este no era tu sitio”. Esto reforzaba mi odio hacia el mundo y la sensación de estar por encima del resto. Las personas me parecían aburridas e inferiores, consideraba que no estaban a la altura para seguir mis conversaciones, que “no merecían mi atención ni que perdiese mi tiempo con ellos”. Ahora, con la distancia, creo que mis padres me han querido mucho pero que me han dañado terriblemente y no lo digo con rencor como antes, lo digo como algo que es real, algo que no han sido capaces de ofrecerme en la educación, principios básicos de relaciones con los demás, la importancia de tener en cuenta al resto de personas y lo enriquecedor que puede resultar conocer puntos de vista diversos, esto jamás lo hubiese pensado antes”.

“Siempre he sentido desprecio por los demás, por sus intereses, sus opiniones, sus criterios... siempre pensando que no estaban a la altura de mis conversaciones... que absurdo... me he pasado años alimentando la rabia y la sensación de injusticia, fijándome en cualquier detalle que pudiese justificar mi postura... siempre haciendo comparativas con los demás. Siento que he perdido muchas oportunidades en el camino... nada era suficiente para mí, cualquier trabajo parecía “poca cosa”...si no era poco dinero era poca categoría, si no era eso, eran los compañeros y jefes que eran unos incompetentes, y sino, que no me valoraban ni me trataban como “yo merecía”. Se me han escapado muchas oportunidades, la diferencia es que ahora siento que yo he perdido estas oportunidades, no que “me las han quitado” o que me han saboteado... antes pensaba que el fallo estaba en los demás, ahora soy consciente de que estaba en mí...”

“Yo creía que eran todos unos hijos de puta, con todo lo que yo hacía, y no conseguía resultados, pensaba que otros que no valían ni la mitad que yo, lo tenían todo... También pensaba que no tenían “altura moral”, ni siquiera para una conversación; que el mundo era injusto (esto lo sigo pensando en gran parte), y que si hubiese más personas como yo, con valores, personas que realmente valiesen, y no estuviese todo lleno de mediocres y cobardes, todo sería diferente... Pero tenía que joderme... Ahora sé que yo tengo responsabilidad en lo que me ocurre y entiendo que hay personas de todo tipo (aunque a algunas no las soporte o me sigan pareciendo una mierda). Sé que tengo que centrarme en mí, pero de una manera positiva y que me permita avanzar”

Estos ejemplos corresponden a personas que inicialmente acuden a consulta con una actitud de superioridad y desprecio hacia el terapeuta (y el mundo en general). En estos casos, al intentar hacer una observación, clarificación o crítica constructiva al

paciente (incluso intentando responder a alguna pregunta formulada por el propio paciente), me he encontrado con interrupciones como *“no sigas por ahí, ya se lo que me vas a decir, déjalo anda”*; *“esperaba algo más de ti pero eres igual que el resto”*; (con una sonrisa despectiva): *“esperaba que dijeras algo así, que típico”*; *“esto ¿qué es? ¿la terapia cognitiva?, conmigo no va a funcionar”*; *“y ahora ¿qué toca?, ¿intentar darle la vuelta a lo que acabo de decir para que piense en los otros?”*; *“Mira, ¿no se te ocurre nada mejor?, eso es una tontería, ¿no esperarás que yo lo haga? Eso es para matados, y gente que no sirve para nada más”*; en estos casos tener paciencia, no tomarse estos comentarios como ataques personales ha sido muy útil para establecer un mínimo de alianza y confianza. Una persona que se relaciona y comunica de esta manera suele, como mínimo, necesitar ayuda. En algunos casos puede ser por falta de habilidades simplemente, en otros como una defensa y en otros, una manera de probar inconscientemente a los demás, una manera de comprobar que el terapeuta puede “tolerarle” si se muestra tal y cómo es. Esto último es elaborado y no es algo que el paciente piense de manera consciente (no por lo menos de manera habitual o cuando inicia una psicoterapia). En este sentido coincido con la reflexión del Dr. Vicente Rubio que considera que *las “provocaciones” del paciente no debemos de tomarlas como algo personal ya que no se trata de una actitud que el paciente mantenga hacia nosotros por alguna circunstancia de la relación terapéutica que hemos establecido, sino que se trata de la pura expresión del síntoma narcisista, la necesidad de ser más que nadie, incluso del que le va a “curar”¹.*

En una ocasión (tras varios años de sesiones inconstantes e interrumpidas por momentos de mejor funcionamiento) un paciente comentaba que en su interior había mucha rabia, explicaba que durante una reunión familiar se había dado cuenta de lo infeliz que era, que durante una conversación distendida en la que sus primos hablaban de sus hazañas e informaban de las cosas que estaban haciendo, él no podía evitar sentirse tremendamente mal; comentaba que escuchar lo bien que le iban las cosas a uno de sus primos (15 años menor) le afectó especialmente. Explicaba que “él (el primo) estaba haciendo todo lo que él no había podido hacer”. Al preguntarle por lo que sentía se puso rojo, con las venas del cuello hinchadas y respondió “ira, rabia, enfado, frustración, impotencia, fracaso, ganas de romper cosas”. Ante estos sentimientos y la probabilidad de responder de manera violenta se limitó a marcharse a su habitación y aislarse del mundo *“prefiero estar solo que escuchar esas cosas, si estoy solo estoy mucho más tranquilo pero si me relaciono me expongo a estas situaciones; me hacen daño, hacen que piense lo tremendamente triste que es mi vida, ¿por qué yo no puedo conseguir esas cosas?”*. La inseguridad, envidia, sensación de fracaso y humillación de este chico en concreto tardó meses, incluso un año en salir “a la luz”, los sentimientos internos estaban cautelosamente guardados tras una falsa apariencia de empatía e interés por los demás y camuflados por la manifestación de síntomas depresivos que generaban preocupación y cuidado por parte de los de su entorno. Este paciente dejaba de acudir a las sesiones de psicoterapia cuando las cosas iban mejor, justo cuando ocurría algo que le hacía sentir mejor, más “persona”, más “valorado” o más “exitoso”, dejaba de venir. Es curioso que en los tres años en los que llevo atendiendo a esta persona siempre haya dejado de acudir a las sesiones cuando no se sentía tan vulnerable o frustrado. Evidentemente, sin un trabajo constante y a largo plazo, la persona se acaba reencontrando con su “realidad” y es ahí cuando vuelve a pedir ayuda de manera desesperada e incluso exigente (por supuesto, despreciando cualquier avance que haya existido previamente o cualquier logro que pueda ser atribuible a un proceso de psicoterapia). En la última ocasión, una vez conocido “los ciclos” del paciente decidí confrontarle con esta información, para mi sorpresa respondió con atención (molesto pero atento) y reconoció que no decía lo que realmente pensaba por temor a “ser él mismo”. Al preguntarle qué le impedía mostrarse como era él y hablar de lo que sentía dijo *“no lo sé, puede que miedo al rechazo, al fracaso, a que realmente se vea como soy y lo que soy”*. Curiosamente al preguntarle *cómo era o lo que era*, a qué se refería con eso, respondió (tras un silencio) *“no lo sé, lo único que sé es que mi vida no es como debería ser y que me siento muy frustrado”*.

Costa y Widiger (1993) exponen que el narcisista se caracteriza principalmente por rasgos de grandiosidad, pretensión, arrogancia y explotación, que no es particularmente hostil ni físicamente agresivo. Destacan la **explotación, la presunción, el**

¹ Comunicación personal

egocentrismo y la arrogancia como aspectos que describen claramente a la persona narcisista. Efectivamente, en los ejemplos expuestos anteriormente no he encontrado respuestas *físicamente* agresivas aunque creo que la hostilidad se puede “palpar y respirar en el ambiente” cuando la persona se siente insegura, frustrada, incomprendida o se encuentra en un entorno nuevo en el que no sabe cómo relacionarse. Y si bien es cierto que no suelen ser físicamente agresivos, si esta hostilidad no es bien canalizada, pueden llegar a serlo.

Beck y Freeman por otra parte, se centran en un distorsionado sistema de creencias y proponen como creencias nucleares: “*puesto que soy especial, merezco licencias, privilegios y prerrogativas especiales*”, “*soy superior a los demás y ellos deben ser conscientes de eso*”, “*estoy por encima de las normas*”. Además, señalan que se trata de personas que persiguen la gloria, la riqueza, la posición y el poder y prestigio como forma de reforzar su imagen “superior”. Como principal afecto destacan la **ira** y explican que ésta aparece cuando las otras personas no les dispensan la admiración o el respeto que creen merecer, o cuando los estorban de cualquier manera. También comentan que si se frustran sus estrategias, son propensos a deprimirse. En este sentido es interesante señalar que Kohut mencionaba una depresión episódica que Kernberg no concibe como una verdadera depresión pues explica que cuando los narcisistas se sienten muy desilusionados o abandonados, pueden parecer depresivos tras un examen superficial, pero de manera latente sienten una profunda ira y un resentimiento vengativo. Creo que estas depresiones episódicas a las que denominaría “depresiones aparentes” sí se observan en las personalidades narcisistas, especialmente cuando sus habituales estrategias dejan de funcionar. Recuerdo el caso de un chico joven que acudía a consulta a petición de sus padres porque “aprovechaban que se encontraba bajo”. Estos padres explicaban que su hijo habitualmente era muy desconsiderado, que desaparecía de casa y se las arreglaba para encontrar a personas que se encargasen de cubrir sus necesidades. Creían que era especialmente habilidoso manipulando a los demás, pero tenían la “sospecha”, de que cuando las personas pasaban tiempo con él, empezaban a sentirse incómodas y poco a poco, se distanciaban. Estos padres relataban que cuando su hijo se quedaba sin apoyos, volvía a casa y se mostraba “aparentemente” dócil y colaborador. Digo aparente porque acudía para recibir dinero, para llamar por teléfono o para utilizar una de las casas de la familia durante un tiempo. Este joven no pedía permiso a sus padres, consideraba que *tenía derecho* a disponer de la casa cuando él lo decidiese. De hecho, se instalaba y cargaba todos los gastos a los padres (gastos que eran ostensiblemente altos pues en su dieta se encargaba de incluir los menús más selectos sin pararse a pensar en el precio). Los padres del chico aceptaban esta situación porque “sospechaban que había algo raro en el chico, algo que no funcionaba bien” explicaban que así “por lo menos sabían dónde estaba” y tenían la certeza de que no estaba metido en líos. Con el tiempo y la información facilitada por los padres, pude comprobar que se trataba de uno de los casos de personalidad narcisista más complejos que había conocido. Por motivos de confidencialidad no puedo relatar lo que este chico llegó a hacer (ha salido en prensa y medios de comunicación y sería muy evidente) pero puedo asegurar que es un peligro para él y para los demás. No tiene empatía, ni remordimientos y le resulta por completo indiferente hacer daño a otros, de hecho, parece disfrutar haciéndolo. Afortunadamente este no es uno de los casos más habituales que suelen llegar (por lo menos no de manera voluntaria o sin la expectativa de conseguir algo a cambio) a nuestras consultas. En esta misma línea, Leary (1957) comenta que la causa que suele precipitar su petición de consulta es un cambio de situación vital que les produce frustración o amenaza su orgullo. Esto es precisamente lo que propició que el joven del que hablaba anteriormente, solicitase consulta. Algo que también ayudó en este caso, fue que un médico cercano le dijo que “era una de las profesionales más conocidas del país”... Esto, al parecer, aumentó la curiosidad en el joven y fue una de las primeras cosas que “sacó” en la primera entrevista. En este sentido el Dr. Vicente Rubio comenta que el hecho de que un paciente con patología narcisista tenga referencias de un “profesional importante” supone que aumente su curiosidad, pero esto no deja de ser un señuelo para que acuda a la primera cita (no por que le intente tratar “el mejor” sino que él es tan importante que *“lo tienen que llevar al mejor”*). En definitiva, considera que es un premio más para su narcisismo.

Cooper (1989) habla de un “coleccionista de injusticias”. Esto me resulta muy inte-

resante pues es cierto que muchas personalidades con rasgos narcisistas acaban formándose una identidad que gira en torno a “todo lo malo que les ha ocurrido”. Este tipo de razonamiento y manera de “ver la vida” (a través de un filtro especialmente negativo y muy autoreferencial) suele ocasionar gran sufrimiento y muchas dificultades de adaptación para la persona. En estos casos me ha resultado especialmente útil señalar este aspecto al paciente (evidentemente cuando hay un mínimo de alianza y se ha preparado el “entorno terapéutico” previamente). Aún así, en los momentos “bajos” suele cobrar gran intensidad todo lo “vivido anteriormente”, reviviéndolo, y centrándolo en el daño recibido en los demás: “*En situaciones de la infancia*” (*Si mi madre me hubiese tratado mejor mi vida sería diferente, pero ahora tiene la obligación de arreglarlo, y darme todo lo que yo necesite*), “*En aspectos puntuales en los que alguna persona les ha fallado o hecho daño*” (“*Es un miserable, un cobarde, con todo lo que yo he hecho por él...*”). En los momentos de bajón, lo que ocurre es que cualquier comentario o hecho en principio neutro puede ser interpretado como un ataque o minusvaloración de la persona, lo que aumentará su malestar, y los sentimientos, de odio, ira y frustración por lo que les va mal (siempre culpa de los demás), y aflora la necesidad desesperada de *reconocimiento* o *valoración*. En este patrón hay dos variantes o subgrupos: los que han experimentado situaciones difíciles a lo largo de su vida (que en cierto modo pueden explicar su postura y reforzarla) y los que presentan un componente masoquista (aquellos que adoptan esta postura porque así son los “que MÁS sufren” y hay un “regusto” de triunfo en ellos que consiguen mediante esa actitud victimista).

Algunas personas crecen percibiendo a los progenitores o figuras de referencia a las que idealizan, como omnipotentes, y se comparan constantemente con ellos, intentando alcanzar las expectativas (que ellos mismos se marcan y/o que los progenitores le sugieren), decepcionándose y frustrándose cuando no lo consiguen (o cuando creen que no lo han hecho “tan bien como deberían” porque no ha causado el efecto esperado y/o imaginado o no se han sentido lo suficientemente valorados). Esto conlleva, en algunos casos, que la persona acumule rabia y hostilidad hacia los demás (por ejemplo progenitores o hermanos más “efectivos”). Cuando esto ocurre, la persona entra en una espiral que será muy difícil de romper, malinterpretando consejos o críticas constructivas de otros como exigencias, resultándoles tremendamente humillante cualquier propuesta por parte de los demás (hasta el punto volverse extremadamente suspicaces y furiosos). Las reacciones pueden variar; responder a la defensiva o mediante una aparente sumisión. Pero la sensación de ser un fracasado por no conseguir alcanzar nunca la valoración de su “objeto idealizado” y de referencia, suele estar presente.

Masterson (1981) considera que el paciente que manifiesta un trastorno narcisista de la personalidad parece estar perpetuamente motivado a *buscar la perfección en todo lo que hace*, que aspira a conseguir riqueza, poder y belleza y, a encontrar a otros que reflejen y admiren su grandiosidad. Comenta que debajo de esta fachada defensiva se encuentra un estado de **vacío** y rabia en el que predomina la **envidia**. Esto es muy interesante y descriptivo, y creo que coincide con muchos pacientes con patología narcisista. No obstante, pensar en *todos* los pacientes con patología narcisista de esta forma nos puede llevar a realizar generalizaciones, a empatizar con unas dificultades inexistentes (creándonos una falsa idea del fondo o las motivaciones internas del paciente) y a obviar a otro grupo de pacientes con patología narcisista severa que no se sienten “mal”, ni “menos”. Por eso, considero que esta interesante descripción representaría la base de varios subtipos de pacientes (a los que haré referencia en la última parte de este artículo) pero no a todos; no a los que realmente se sienten “grandes” y “superiores”, pues aunque este otro subtipo de paciente puede efectivamente buscar a otros que “ejerzan de espejo” para regocijarse en lo maravillosos que son, no ocultan sentimientos de rabia ni envidia (sencillamente porque están *encantados* con ellos mismos). Evidentemente, este no es el subtipo de paciente que más predomina (y mucho menos en las consultas de psicología y/o psiquiatría).

Algunos autores comentan que el narcisista suele explotar a los demás aunque no de manera consciente y esto tiene sentido si tenemos en cuenta que muchos consideran que atender y dar respuesta a sus necesidades es deber u obligación de los otros. Millon por ejemplo escribe “suelen, aunque no a sabiendas, explotar a los demás, tomarse excesivas confianzas y esperar que les sirvan sin ofrecer nada a cambio”. En

esta línea Leary comenta que *“el narcisista no intentará timar a una vieja dama para quitarle los ahorros de su vida, pero si ésta se los ofrece, los aceptará como un regalo sin reflexionar sobre las consecuencias que esto pueda tener sobre la anciana”*. Este mismo autor señala que el narcisista espera recibir todo lo que desee, al margen de lo que piensen los demás pero que esto no incluye un engaño activo y que es una consecuencia de la creencia de que *“se lo merece”*. En relación a lo anterior considero que si bien algunas personas pueden no ser conscientes de esta tendencia a *“explotar a los demás”*, otros lo hacen a sabiendas y de manera planificada. De hecho, el propio Millon, en los subtipos que menciona en *“Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV”* hace una excelente descripción del subtipo *“narcisista sin principios”* en el que predomina la tendencia a explotar a los demás de manera consciente. Quizás aquí es interesante rescatar el planteamiento de Otto Kernberg sobre el continuo de la personalidad narcisista:

La personalidad narcisista se sitúa en un continuo que va desde lo normal (caracterizado por una regulación adecuada de la autoestima) hasta lo patológico (trastorno narcisista de la personalidad). Los individuos que sufren un trastorno narcisista de la personalidad necesitan formarse un punto de vista de sí mismos enormemente inflado para mantener su autoestima y, en consecuencia, aparecen ante los demás como personas grandiosas o hipersensibles a la más mínima afrenta que los demás pueden hacer a su autoestima. Una de las razones por las que el paciente narcisista tiene que mantener una visión idealizada de sí mismo es que tiene un punto de vista grandioso sobre lo que debería ser. La divergencia entre “lo que realmente es” y lo que según él “debería ser”, le conduce a tener sentimientos muy dolorosos de vergüenza, humillación y fracaso.

Las personas que se sitúan en este interesante continuo mencionado por Kernberg se comportan de manera muy diferente. Esto hace que la manifestación de los síntomas sea muy variable. Así, podemos encontrar desde personalidades funcionales que se encuentran relativamente satisfechas con su vida y su funcionamiento, que no tienen conciencia de problema y no necesitan dañar a los demás, hasta personalidades que se pasan gran parte del tiempo pensando en lo frustrados que se sienten y en cómo no han logrado conseguir ni responder a las expectativas que ellos mismos u otros, han fijado. Dentro de este continuo es necesario mencionar a los narcisistas psicopáticos que si bien pueden ser funcionales y encontrarse relativamente satisfechos con su vida, a la vez se encargan de dañar a otros (si nos vamos a extremos, algunos asesinos en serie cumplirían un perfil narcisista; aunque evidentemente no es lo que predomina, existe y considero que interesa mencionarlo).

En las consultas de psicología y psiquiatría no es habitual encontrar a narcisistas funcionales ni a narcisistas extremadamente patológicos (en el caso de los primeros porque las cosas les suelen ir relativamente bien y en el caso de los segundos, porque no consideran que haya nada *“mal”* en ellos). Sin embargo, es muy frecuente encontrar a personalidades *“narcisistas frustradas”* porque el sufrimiento en éstas es intenso y les limita enormemente en su vida cotidiana.

Si pensamos en pacientes que suelen generar rechazo o confusión en los clínicos podremos vislumbrar algunas de estas personalidades. Un ejemplo frecuente es el del paciente que *“aparentemente lo tiene todo”* y se siente muy infeliz y frustrado. Personas que han ocasionado grandes problemas en su familia de origen, que siguen siendo mantenidos y protegidos por sus familiares y que no parecen ser capaces de valorar lo que se hace por ellos. Personas que dependen económicamente de sus padres por ejemplo, que reciben aportaciones económicas mensuales (desde 600 a 1500 euros) y que se quejan de lo *“cabrones”* que son sus padres. Personas con las que es difícil razonar y que suelen argumentar tener derechos por todo lo que han pasado *“que se jodan, es lo mínimo que pueden hacer por mí después de haberme jodido la vida”*, *“yo estoy así por su culpa, no tengo nada que agradecerles”*, incluso podemos encontrar argumentos con los que justifican su peculiar forma de ver la vida, por ejemplo: *“me dan eso porque saben que me han fastidiado la vida, es lo mínimo que pueden hacer”*. En estos casos se puede observar una ira, rabia, desprecio y enfado. Algunos encuentran en la humillación de los demás, una manera de sentirse mejor (por ejemplo atacando e infravalorando a los familiares a los que culpan de su *“desgraciada vida”*, esperando que se disculpen de manera reiterativa, como arrastrándose para conseguir su *“perdón”*).

Así cuando encontramos a personas que habitualmente expresan reproches o que-

jas sobre lo que los demás “deberían haber hecho por ellos y no han hecho” o acerca de lo “injustamente” tratados que son, podemos pensar en la posibilidad de una base narcisista. Visto así puede parecer que hablamos de personas “muy egoístas” pero la realidad es que:

1. estas personalidades sufren mucho
2. se sienten muy amargados y frustrados
3. su manera de pensar, de reaccionar y de relacionarse forma parte de un problema y de un aprendizaje que habitualmente se ha iniciado en la niñez
4. su necesidad de aprobación y valoración por los demás provoca una gran inestabilidad emocional, sobre todo cuando no son reconocidos por los otros, o no lo son en la medida que ellos desean y/o necesitan
5. necesitan ayuda profesional para darse cuenta de las dificultades que presentan

Andrew P. Morrison, en su introducción al libro *“Essential Papers on Narcissism”* comenta que la **vergüenza** y sus efectos relacionados como la humillación, la deshonra, la desesperación y mortificación son sentimientos “centrales” en la experiencia narcisista (como sería la culpa en las personalidades neuróticas). También sugiere que los deseos por ser “único” con relación a un objeto idealizado; la vergüenza y humillación sobre estos deseos y la vulnerabilidad que se genera (con el siempre presente temor a no ser logrados, o a la respuesta de compasión por parte del todo poderoso objeto) definen un elemento esencial de la experiencia narcisista.

En el mismo libro, Reich enfatiza el componente afectivo del narcisismo (la autoestima) para indicar oscilaciones en la patología narcisista. A la pregunta acerca de si el narcisismo es definido por grandiosidad o vulnerabilidad, ella responde “ambos”, queriendo decir que la vulnerabilidad en la autoestima es fundamental, siendo la grandiosidad narcisista compensatoria (defensiva).

SUBTIPOS DE PERSONALIDADES NARCISISTAS Y PERSONALIDADES CON RASGOS NARCISISTAS OBSERVADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Teniendo en cuenta el amplio espectro de la patología narcisista he intentado establecer una diferencia entre las personalidades *narcisistas* y las personalidades *con rasgos narcisistas*. Para esto recorro a dos grupos. En el **grupo 1** he incluido a personalidades narcisistas principalmente explotadoras que suelen carecer de empatía, que se muestran totalmente indiferentes al sufrimiento humano y que tienen la capacidad de funcionar en el entorno y de camuflar sus “secretos”. En el **grupo 2** he incluido a personalidades con rasgos narcisistas que si bien pueden resultar explotadoras y ocasionar sufrimiento ajeno, se caracterizan por presentar un malestar y sufrimiento intenso que dificulta su integración, adaptación, funcionamiento y eficacia en la sociedad.

Grupo 1

En este grupo situaría a los narcisistas con comportamiento antisociales y psicopáticos (que pueden llegar a ser peligrosos para otros) y a las personalidades funcionales que en rara ocasión suponen un riesgo para los demás (narcisistas funcionales, personas con habilidades; que han conseguido triunfar en la vida sin llegar a ser peligrosos para otros, personas que si bien pueden carecer de empatía, han aprendido que es importante tener presente a los demás para poder adaptarse al mundo y conseguir sus objetivos). A continuación se reflejan algunas características propias de este grupo de pacientes mediante subtipos:

1. **El narcisista sin principios:** es un subtipo mencionado por Millon y al que he hecho referencia anteriormente. Es un subtipo que podemos observar en personalidades patológicas y que conviene tener presente en nuestras valoraciones (especialmente si tenemos algún tipo de relación con pacientes que se encuentran en prisión o acuden derivados por un juez para evitar entrar en ésta por ejemplo). Millon explica que es un subtipo observado a partir de las dos o tres últimas décadas en programas de rehabilitación de menores y cárceles. También comenta que aunque estas personalidades suelen tener éxito y mantener sus actividades dentro de los límites de la ley, no es raro que inicien tratamientos clínicos. *“El comportamiento de estos narcisistas se caracteriza por un arrogante sentido de la propia valía, una indiferencia hacia el bien-*

tar de los demás y unas maneras sociales fraudulentas e intimidatorias. Son conscientes de que explotan a los demás y de que esperan reconocimientos y consideraciones especiales sin asumir responsabilidades recíprocas”; “Las evidentes características del narcisista sin principios apoyan la conclusión de que en estas personas se mezclan características narcisistas y antisociales”; “Estos narcisistas funcionan como si no tuvieran otro principio que el de explotar a los demás en su propio beneficio. Carecen de un auténtico sentido de culpa y apenas tienen conciencia social, son oportunistas y charlatanes que disfrutan con el proceso de estafar al prójimo. Disfrutan jugando con los otros, se burlan de ellos y les desprecian por la facilidad con que han sido seducidos. Sus relaciones se mantienen mientras tengan algo que ganar”. Quizás este subtipo coincida con el denominado por Meissner (1979) como “manipulador o psicopático” y con el desalmado de la pionera clasificación de Schneider.

2. El narcisista psicopático-sádico: Es un perfil similar al anterior aunque más extremo. En este subtipo encontramos las características que menciona Millon para el subgrupo anterior y además, disfrutan haciendo daño a los demás. Aquí entrarían las personalidades más sádicas y retorcidas como los violadores múltiples y algunos asesinos en serie. Resulta evidente que estas personalidades no serán frecuentadores de las consultas.

3. El narcisista práctico y funcional: También similar al narcisista sin principios de Millon solo que se trataría de una variante más *adaptada*, aquel que destaca en su vida cotidiana, que aprende a manejar a las personas de su entorno a su antojo sin que éstas sean conscientes de su verdaderas intenciones. Este subtipo suele estar muy integrado en la sociedad y también será difícil que acuda a nuestras consultas en busca de ayuda y/o atención. No se caracteriza por un sufrimiento interno y tampoco hace sufrir a los que le rodean (a no ser que sienta la necesidad de cambiar de planes y estas personas dejen de serle útiles. Aún así será cauto en el planteamiento).

4. Narcisista elitista: Subgrupo descrito por Reich y Millon posteriormente. Es similar al subgrupo 6 del grupo 2 pero menos “sutil”, está muy centrado en venderse a sí mismo y puede resultar descarado, demasiado evidente: “Al hablar excesivamente de sí mismos, estos narcisistas se exponen a que haya discrepancias entre lo que son y cómo se presentan. A diferencia de muchos narcisistas que advierten esta disparidad, los elitistas están absolutamente convencidos de su Sí mismo”: “En vez de esforzarse por adquirir cualificaciones y talentos genuinos, prácticamente todo lo que hacen persigue persuadir a los otros de su especialidad”; “muchos son arribistas que intentan cultivar su sentido de especialidad y ventaja personal asociándose con los que poseen logros y reconocimiento genuinos”; “en cualquier actividad a la que se dediquen invierten sus energías en hacerse propaganda, en jactarse de sus éxitos, ciertos o falsos, en conseguir que cualquier cosa que hayan hecho parezca maravillosa, mejor que lo hecho por los otros y mejor de lo que realmente es”

5. El límite narcisista: subtipo sugerido por el Dr. Vicente Rubio en el que además de las características y síntomas más aparentes (comportamentales) del TLP, hay un importante fondo histriónico-narcisista de protagonismo, aparatosidad, desmesura en los síntomas, de importancia, de ser diferente, “el más límite”. Se trata de personas que consideran que tienen que ser tratadas de forma diferente porque son *especiales*. Un ejemplo que ayuda a visualizar este subtipo, sería el paciente que acude demandando que le atienda el “jefe”, “director” o “responsable”. En este subgrupo no se incluirían las personas que han aprendido a relacionarse de esta manera y que no saben hacerlo de otra forma; se trata de personas que presentan nula empatía y que consideran que los demás están ahí para atenderles cuando ellos lo necesiten.

Grupo 2

En este grupo situaría a las personalidades con rasgos narcisistas que podemos ver con más frecuencia en las consultas de psicología y psiquiatría, personas que pueden ser o no habilidosas pero que independientemente de su eficacia, se sienten mal con ellos mismos y presentan un sufrimiento que les limita en su vida cotidiana, por lo menos en alguna o varias áreas de su vida. A efectos prácticos y didácticos lo divido en 8 subgrupos de personalidades con rasgos narcisistas:

1. El narcisista desesperado (basado en el “helpless narcissist” A. Freeman): Son personas que se caracterizan por presentar un estilo “si-pero”. Se trata de individuos

que si bien buscan ayuda, demandan tratamientos y acuden a las citas, no permiten ser tratados. Acuden con una aparente baja autoestima que suele movilizar atención y cuidados por parte de otros, pero para los que nunca es suficiente la atención y ayuda que reciben, es como si necesitasen “algo más”, algo que no encuentran y que les acabe de llenar. Sería una especie de narcisista ambivalente, en el que cuando se le propone algo que aparentemente acepta, acaba haciendo lo contrario (predominando en algunos, los comportamientos pasivo-agresivos).

2. El narcisista frustrado. Se trata de un estilo similar al anterior, un individuo que acude en busca de ayuda, que acude a las citas y aparentemente escucha las sugerencias pero que en los momentos críticos expone realmente lo que siente y piensa. El narcisista desesperado también acude a terapia con una “aparente baja autoestima” aunque cuando se le cuestiona surgen razonamientos del tipo “*yo estoy por encima de los demás*”, “*Mis valores son superiores*”, “*La injusticia proviene del mundo y yo soy una víctima inmerecida*”. Es decir, suelen atribuir sus dificultades a algo externo, por ejemplo: la falta de cuidado en su infancia, gente que les hace o ha hecho daño, funcionamiento del entorno, etc, cuando la realidad es que presentan una gran dificultad para asumir su responsabilidad o centrarse en lo que depende de ellos. La frustración principal es la de no haber conseguido lo que esperaban para sí mismos o no llevar una vida como les gustaría o como creen “merecer”.

3. El narcisista aparente o “inflado”. Un estilo en el que predomina la tendencia a encantar y agradar. Para estas personas, la valoración de los demás es importante, necesitan ser reconocidos y sentir la aprobación de los que les rodean. Son sujetos muy vulnerables a la crítica aunque presentan un amplio repertorio de habilidades y tienen gran capacidad para captar la atención de los demás y generar sentimientos positivos. La dificultad principal en estas personas es el temor a ser “descubiertos” pues en este caso la autoestima es inferior de lo que aparentan y se cubren de fachadas en un intento de vender su imagen tal y como creen que será aceptada. Curiosamente es un perfil que se suele identificar e intentar encajar con patologías como la límite (es más atractiva para ellos). En este subgrupo podemos situar también a personalidades habitualmente funcionales pues la fachada les puede (y suele) funcionar.

4. El narcisista dependiente. Un estilo en el que predomina una predisposición y servicialidad que no encaja. Aparentemente muestra preocupación por los demás, pero ésta es percibida como excesiva y “artificial”. En este subtipo la sensación de vacío y el temor a quedarse solos tienen un peso importante. Se trata de personas que parecen vivir “por” y “para” otros; que intentan encajar, “caer bien” y gustar. Es un subtipo que tiene muchas dificultades con la crítica. Con los desconocidos se muestra muy seguro, tiene facilidad para conectar con la gente y causar buena impresión pero en el fondo sabe que su actitud no es “real” y se puede sentir muy vulnerable si intuye que otros lo sospechan. Un aspecto que le desconcierta y no entiende, es por qué los demás no son capaces de “corresponder” de la misma manera (dando respuesta a sus deseos verdaderos: que sus necesidades sean cubiertas por aquellos a los que “elige” como posibles candidatos a suplir sus carencias). Aunque parece “disfrutar” complaciendo a los demás, en realidad espera algo a cambio. Es un subtipo que puede “explotar” y ser verbalmente abusivo cuando “ya no puede más” (por la tendencia a acumular resentimiento y rencor cuando los elegidos no responden como él espera que respondan). Sería una especie de narcisista “codependiente”, en el que la preocupación por los demás y el volcarse en ellos tiene como fin satisfacer su ego mediante la aprobación y el reconocimiento de lo que hace. En el fondo lo que busca es ser reconocido y recompensado.

5. El narcisista aparentemente funcional. Se trataría de un estilo que es capaz de desarrollarse adaptativamente en las distintas áreas de su vida, pero necesita utilizar la manipulación y el adoptar cualquier rol que considere útil para conseguir sus propósitos (por ejemplo una apariencia servicial, amable, y colaboradora), aunque internamente esté buscando destacar, sin importarle lo que ocurra con los de su entorno, o si resultan perjudicados por las estrategias que ha empleado. Una vez que ha obtenido lo que persigue, es probable que esa fachada “servicial y amable” se desmonte y surja la verdadera “personalidad”, ya que los demás habrán dejado de ser útiles a sus propósitos. La dificultad para este subtipo de personalidades puede surgir cuando se encuentran con personalidades similares (se dará una lucha de poder), o

cuando se ven frustrados sus objetivos. Llevado al extremo se podría hablar de personalidades psicopáticas, pero en un grado menor se trataría de un patrón relativamente común. En ocasiones son catalogados como “trepas” a nivel laboral, o como “aprovechados” en otros ámbitos. Este perfil coincide con el subgrupo 4 planteado en el grupo 1 (el narcisista elitista de Reich y Millon) aunque como señalaba en ese apartado, este subgrupo es mucho más sutil y menos “descarado” a la hora de mostrar sus intenciones y motivaciones.

6. El narcisista salvador. Es un perfil habitualmente funcional, si las cosas van bien se puede mantener estable y funcionar con éxito. Para algunos, su vida gira en torno a los demás, sobre los que sienten una gran responsabilidad, atribuyéndose mayor poder o capacidad de solucionar sus problemas, y limitando la responsabilidad ajena en las dificultades de cada uno. Este tipo sobrevalora sus capacidades y potenciales sintiéndose responsable de lo que le ocurre a otros. Pueden ejercer profesiones relacionadas con la salud o los cuidados (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.). La dificultad principal de este subtipo es la falta de control sobre los demás o sobre factores externos: si algo no sale como espera, se puede desarmar y venirse abajo (por este motivo lo he situado en el grupo 2 en lugar del grupo 1).

7. El narcisista compensador: Subgrupo planteado por Millon y que describe muy acertadamente las características comportamentales de algunos de los pacientes que podemos atender en la consulta *“los orígenes en los que se basan sus comportamientos claramente narcisitas se derivan más de un sentido subyacente de inseguridad y debilidad que de sentimientos genuinos de confianza y alta autoestima. Tras su apariencia pseudoconfiada, la postura que adoptan públicamente, están movidos por fuerzas similares a las de las personalidades negativistas y evitadoras”*; *“representa a los pacientes denominados –narcisistas– en la comunidad psicoanalítica y que han sufrido traumas en su infancia”*; *“esencialmente estas personalidades intentan disimular o compensar sus deprivaciones infantiles. Son similares al antisocial, pero el narcisista compensador intenta superar su sentimiento de vacío mediante la creación de una ilusión de superioridad y construyendo una imagen propia de gran valía, en vez de usurpar el poder y el control que los otros poseen o mediante la acumulación de posesiones”*; *“necesitan que los demás secunden su esfuerzo por conseguir prestigio”*; *“son extremadamente sensibles a las reacciones de las otras personas, vigilan y escuchan atentamente en busca de cualquier juicio crítico y se sienten ofendidos por cualquier signo de desaprobación”*; *“saben que son un fraude, que pretenden una posición más elevada de la que se merecen”*.

8. El antisocial aprendido: se caracteriza por presentar conductas y razonamientos antisociales pero es un paciente en el que se puede observar una gran contradicción: notaremos respuestas emocionales, malestar ante determinados aspectos y sorpresa cuando los confrontamos o les informamos de algo de lo que no son conscientes. Así mismo, es una persona que se puede (y suele) desarmar cuando mencionamos el sufrimiento de otras personas. Se trata de pacientes con diagnóstico de trastorno antisocial que si bien cumplen criterios por las “formas” o determinadas conductas, no lo harían por “las motivaciones”. Aunque no siempre es evidente (habitualmente se han hecho “expertos en bloquear emociones y predomina la negación como mecanismo de defensa), hay un sufrimiento importante. En este caso, su narcisismo consistiría en una fachada de invulnerabilidad, dureza, y una especie de “yo” prepotente que no tiene en cuenta a los demás. Este subgrupo de pacientes tiene dificultad para tener en cuenta a los demás pero puede aprender a hacerlo con ayuda. En muchos casos sus planteamientos sobre la vida, sobre lo que está bien o mal giran en torno a aspectos aprendidos en un entorno difícil en el que han tenido que aprender a “defenderse para sobrevivir y no ser pisado”. Es un subtipo que a “primera vista” se puede confundir con el narcisista sin principios del grupo 1.

Una vez planteados estos subtipos es importante aclarar que si bien estas personalidades pueden mostrar rasgos narcisistas, son susceptibles de ser tratadas. Se trata de personas que sufren y que no están a gusto con su vida. En la mayoría de los casos existe una alteración de la identidad importante y múltiples mecanismos de defensa. Evidentemente esta información hay que “buscarla”, con mucha paciencia y tacto pues no es habitual que sean conscientes de las dificultades que presentan y nos podemos quedar con lo aparente si no profundizamos en las valoraciones.

CONCLUSIONES

Millon refleja que a pesar del potencial para la descompensación grave, la mayoría de los narcisistas funcionan con éxito en la sociedad si poseen un mínimo de base y talento para recuperar su confianza. Además de exponer que las dificultades sólo aparecen cuando existe una marcada disparidad entre sus presunciones y su competencia real, comenta que una afrenta especialmente dolorosa a su orgullo (fracaso laboral grave, embarazosa pérdida de estima pública o un repentino cambio de actitud por parte de alguien a quien idolatran por ejemplo) puede precipitar un trastorno depresivo que provoque un intolerable e inusual malestar. Considero que es en estos momentos cuando las personalidades narcisistas suelen acudir a las consultas de psicología y/o psiquiatría en búsqueda de ayuda. En este sentido, Millon también comenta que el sufrimiento (debido a estas crisis anteriormente mencionadas) suele ser percibido como *excepcional y digno de atención profesional* pero que una vez implicados en un tratamiento, los pacientes narcisistas ofrecen resistencias que hacen de la reestructuración de la personalidad un objetivo difícil de alcanzar; insisten en culpar a los demás de todas sus dificultades y adoptan una posición de superioridad frente al terapeuta percibiendo cualquier intento de confrontación constructiva, como una crítica humillante (9).

Al principio de este artículo transcribía ejemplos de pacientes con rasgos narcisistas acentuados, que se mostraban muy a la defensiva durante las primeras sesiones, incluso durante los primeros meses de terapia. Con estas personas me armé de paciencia y me propuse como objetivos principales 1) intentar comprenderles, 2) no olvidarme de que acuden a consulta porque es probable que consideren que necesitan ayuda en algo (aunque no lo parezca) y 3) no dejarme influenciar por las actitudes defensivas ni los *ataques* durante las sesiones de terapia; dicho así puede parecer sencillo pero soy consciente de que no lo es, de hecho, soy consciente de que es un trabajo complicado y que tanto el paciente como el terapeuta suelen (solemos) tener dificultades (el paciente para aceptar críticas constructivas como tales, para aceptar que necesita ayuda y para mostrarse realmente como es y el terapeuta para no tomarse las dificultades del paciente de manera personal). Millon comenta que el terapeuta puede captar inicialmente el interés de los narcisistas permitiéndoles centrarse en sí mismos y que se puede conseguir que reconstruyan su autoestima promoviendo la exposición de sus anteriores logros. Para mí, esto es relativamente sencillo y natural porque en las primeras sesiones de terapia suelo centrarme en el paciente e intentar que éste también se centre en él mismo. Además, averiguar anteriores logros y reforzarlos forma parte de otra de las estrategias habituales a las que recurrimos en la consulta. La complicación con la personalidad narcisista es que su peculiar manera de *expresarse y de relacionarse* puede interferir en la terapia si personalizamos su actitud y su manera de comunicarse. Entonces, podemos pasar a centrarnos más en nosotros mismos que en el propio paciente (intentando por ejemplo, protegernos de los ataques y “demostrar quien es el terapeuta”). Esto si bien es comprensible desde el punto de vista de las reacciones contratransferenciales es muy poco útil en la práctica clínica y puede provocar el abandono de la terapia por parte del paciente (siempre digo que dos gallos en un corral se acaban peleando y es algo muy similar a lo que puede ocurrir si entramos al trapo y nos olvidamos de que esta manera de comportarse forma parte de un problema). Conseguir que el paciente se sienta seguro en el entorno de terapia será especialmente importante (sólo así se puede llegar a confrontar al paciente acerca de sus dificultades y proponerle alternativas que le puedan beneficiar). Uno de los objetivos terapéuticos será ayudarlo a pensar en los demás, incluso si al principio es de manera instrumental (intentar infundir un interés real al principio será muy complicado por no decir imposible). Otro de los objetivos será ayudarlo a entender y aceptar que las imperfecciones son inevitables, que los fallos no tienen por que ser vistos como algo terrible; explicarles que de los fallos se puede aprender si no son vistos como fracasos absolutos. Se trataría pues de intentar que perciban los fallos como señales o partes de aspectos que son mejorables ayudándoles a relativizarlos. Si los narcisistas consiguen apreciar los beneficios de las imperfecciones (falta de presión, descenso del temor a la crítica) de no necesitar ser infalible, tal vez sean capaces de considerar su parte de responsabilidad en las dificultades que puedan tener (9).

Volviendo a los ejemplos de pacientes que mencionaba anteriormente, me gustaría compartir que descubrir a estas personas ha sido uno de los ejemplos más enriquecedores que me ha aportado el trabajo en clínica: comprobar que hay mucho más detrás de estas respuestas chulescas, despectivas, arrogantes y aparentemente insensibles ha compensado con creces, los momentos de incertidumbre, perplejidad y molestia que experimenté durante los primeros meses del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Beck A., Freeman A., David D y otros (1990). *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*.
2. Costa, P.T. & Widiger, T. (Eds), (1993). *Personality disorder and the five-factor model o personality*. Washington, DC: American Psychological Association
3. Freeman A (2008). Prólogo del libro: *Parasuicidalidad and Paradox. Breaking through the Medical Model*. Ross D. Ellenhorn. Springer Publishing Company, New York.
4. Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
5. Kohut, H (1966). *Forms and transformations of narcissism*. Journal of the American Psychoanalytic Association.
6. Kohut, H (1968). *The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Psychoanalytic Study of the Child.
7. Kohut, H (1971). *The analysis of self*. New York: International Universities Press.
8. Leary , T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
9. Millon, T., Davis, R.D., (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Masson.
10. Morrison, A. P. (editor), (1986). *Essential Papers on Narcissism*. New York University Press
11. Mosquera, D (2007). *El trastorno antisocial aprendido: un mecanismo de defensa extremo*. Dolores Mosquera, Ediciones Pléyades.
12. Oldham, J. M., Skodol, A., Bender D.S. (2007) *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Elsevier, Masson.
13. Reich, W. (1949). *Character analysis* (3rd ed.). New York: Farrar, Straus y Giroux.
14. Stone M. H. (1993). *Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment..* W.W. Norton & Company, Inc.

Libros Dolores Mosquera



La autolesión: el lenguaje del dolor.

Autora: Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2008 (NUEVO, mayo 2008)

Texto contraportada: Dar significado al dolor no ha sido un tema fácil; entender que hay personas que se lo autoinfligen dificulta aún más la comprensión, si lo único que sabemos de él es que todo el mundo lo evita y teme sufrir. Pues, ¿qué sentido tiene generarse dolor físico para evitar un sufrimiento psicológico mayor?, ¿cómo una persona puede llegar a crear esta necesidad en la que a veces, ocultando sus lesiones, tira por tierra el argumento de que intenta llamar la atención? El presente manual explica, a través de casos y testimonios reales de pacientes, cómo muchas veces el origen de la autolesión es mucho más inocente de lo que los demás interpretan y no tiene que ver, en gran parte de las ocasiones, con un juego relacional en el que el paciente pretende manipular y conseguir beneficios de las personas de su entorno más cercano. La autolesión se presenta aquí como respuesta a todas estas preguntas, dándole un sentido coherente al sufrimiento y a las conductas autolesivas; como medio para dejar de sentir, de sufrir, pero sobre todo como una alternativa a la muerte y al suicidio. Dolores Mosquera, en su incesable búsqueda e inquietud por conocer los más complejos sentimientos y comportamientos del ser humano, acerca al lector a la autolesión de una manera sencilla y de fácil comprensión, deteniéndose en cada motivo y discriminando este acto de la aparente relación y fácil confusión con el comportamiento suicida. Además de profundizar y matizar en los distintos medios y formas de autolesión, no olvida los fines, esenciales para poder abordar e intervenir en un tratamiento eficaz: a veces, como medida de control y regulación emocional; a veces, como señal de identidad; en otras, como medio de expresión emocional, en donde la ira, la culpa o el castigo se convierten en los protagonistas; y, en otras ocasiones, como dificultad para asumir o diferenciar responsabilidades. Todos estos aspectos hacen del presente manual un libro imprescindible para los profesionales en el trabajo en clínica con pacientes que se autolesionan, además de una ayuda fundamental para la comprensión de los familiares e incluso para los propios pacientes que, careciendo de otros recursos y habilidades tanto de comunicación como de expresión emocional, optan por la autolesión como una medida que, aunque desesperada y desadaptativa, les permite sobrevivir y regular sus emociones.



Un acercamiento al trastorno bipolar, parte II. Programa psicoeducativo para personas afectadas por el trastorno bipolar.

Autoras: Dolores Mosquera, Ana Cris Eiriz. Ediciones Pléyades, S.A. 2008 (NUEVO, febrero 08)

Texto contraportada: Un acercamiento al trastorno bipolar I nos ofrecía una información esencial para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas con trastorno bipolar. El presente manual llega aún más lejos; aportando al profesional un programa de intervención para estos pacientes y mediante una psicoeducación estructurada, informa, aborda e interviene en las diferentes etapas por las que pueden atravesar los afectados. Recursos terapéuticos como la búsqueda de objetivos, la autoobservación, el autocuidado, las señales de alerta en el paciente, así como la psicoeducación específica del trastorno bipolar, la influencia de los cambios estacionales, las posibles causas de la aparición y algunos matices del tratamiento farmacológico son algunos de los aspectos que podemos encontrar desarrollados con detalle en este manual.

Desde un tratamiento completo para el trastorno bipolar, las autoras consideran importante hacer partícipe al entorno más directo del paciente: la familia. En este sentido, este manual contempla, ampara y no olvida las necesidades y repercusiones que atañen a sus familiares, así como las posibilidades de ayuda que estos pueden ofrecer a las personas afectadas por el trastorno bipolar. Estos son algunos de los motivos por los que en este manual también hay sesiones psicoeducativas y específicas para los familiares, que permiten a los profesionales orientarlos e informarlos.

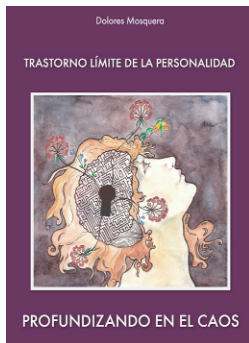
Dolores Mosquera y Ana Cristina Eiriz nos vuelven a sorprender de una manera incisiva y práctica, regalándonos un viaje por las distintas etapas que pueden atravesar las personas con estas características, al mismo tiempo que nos conducen e invitan a apearnos en la estabilidad.



"Un acercamiento al trastorno bipolar, parte I".

Autoras: Dolores Mosquera, Ana Cris Eiriz. Ediciones Pléyades, S.A. 2007 (noviembre 07)

Texto contraportada: Las autoras de esta obra consiguen sintetizar información relevante sobre el trastorno bipolar con una sencillez asombrosa. Lejos del tono científico y academicista, han optado por un lenguaje directo y un enfoque eminentemente práctico, ilustrado con numerosos ejemplos de casos reales, que hacen de este libro un valioso manual informativo para profesionales, pacientes y familiares..... A través de las diversas secciones que lo integran, se hace un recorrido amplio y a la vez muy conciso sobre cuestiones fundamentales para comprender y manejar el trastorno bipolar.

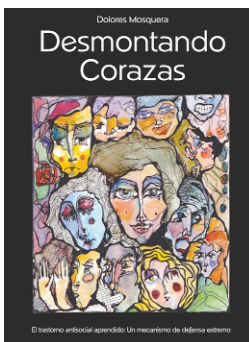


"Trastorno Límite de la Personalidad: Profundizando en el caos".

Autora: Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2007 (septiembre 07)

Texto contraportada: Para las personas que son capaces de fijar sus prioridades y organizar sus vidas, del caos al orden solo hay un pequeño paso: proponérselo; para las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) hay un abismo.

Este manual nos acerca a la complejidad de la alteración de la identidad, condición inherente a las personas con este trastorno, ayudando al profesional a atender a los aspectos más relevantes de la intervención y del tratamiento de aquellos que lo sufren, sin invalidar al paciente y sin dar nada por hecho. Los detalles que pueden resultar más periféricos a cualquier profesional alcanzan en este libro la mayor importancia, por la necesidad de abordar el sinsentido y la ausencia de un rumbo en la vida de quienes padecen trastorno límite de la personalidad. Detalles contextuales, como los puntos a tener en cuenta en el proceso terapéutico, los aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, la disponibilidad del terapeuta dentro de unos límites flexibles, las posibles interferencias y los mitos en torno a esta enfermedad, y temas tan delicados como las autolesiones y los intentos de suicidio, son algunos de los aspectos con los que gratamente nos vuelve a sorprender su autora. Este libro proporciona a los profesionales las claves necesarias para desentrañar los misterios del caos en el que se encuentran las personas con trastorno límite de la personalidad en su día a día.

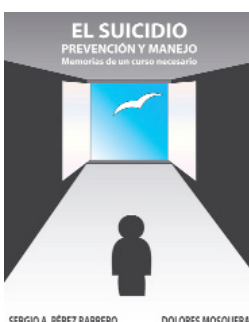


"Desmontando Corazas. El trastorno antisocial aprendido: Un mecanismo de defensa extremo".

Autora: Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2007

Texto contraportada: La expresión de sentimientos intensos y/o la aparente insensibilidad y los comportamientos mal orientados y aprendidos se transmiten en forma de conductas desadaptativas y antisociales que pueden hacer que asalten dudas al profesional a la hora de diagnosticar y discernir un tema tan complejo y cada vez con más incidencia en consulta como son los diferentes trastornos de la personalidad. Este manual se ofrece al profesional como una invitación concisa y práctica a la reflexión y discriminación entre la psicopatía, el trastorno antisocial, el trastorno límite de la personalidad y lo que su autora denomina aquí, basándose en su amplia experiencia clínica, trastorno antisocial aprendido.

Además, de una manera hábil y generosa Dolores Mosquera nos vuelve a sorprender y a entusiasmar ofreciéndonos en este manual, desde un ámbito aplicado, las técnicas y estrategias efectivas para profundizar e intervenir en esta patología. Desmontando y desnudando cualquier coraza que impida al paciente hacerse consciente de sus emociones y revistiéndole de sus sentimientos positivos más ocultos, le aporta los recursos necesarios para sustituir su comportamiento por conductas funcionales y que suponen un menor conflicto en su vida y en la de los demás.



"El suicidio. Prevención y manejo". "El suicidio. Prevención y manejo".

Autores: Sergio Pérez Barrero, Dolores Mosquera (con las aportaciones de varios colaboradores). Ediciones Pléyades, S.A. 2006

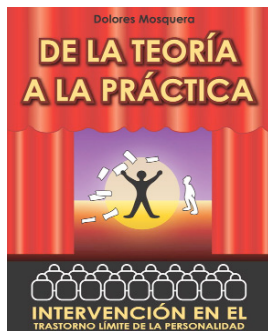
...Resulta paradójico ver cómo profesionales de un libro que habla de muerte transmiten y mantienen durante toda la obra la idea de que "la única solución al suicidio es la vida", a la vez que validan y respetan en todo momento el sufrimiento de las personas que no ven más salida que su muerte cuando intentan resolver problemas que les desbordan.



"Más allá de lo aparente. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de los familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad".

Autoras: Dolores Mosquera y Laura Ageitos. Ediciones Pléyades, S.A. Octubre 2005

...este es un libro pensado para ayudar a familiares y profesionales a comprender y "visualizar" muchas actitudes y comportamientos que pueden perjudicar o, por el contrario, beneficiar a la persona con Trastorno Límite de la Personalidad y, por extensión, a aquellos que la rodean e intentan apoyarla en su camino hacia la recuperación.



"De la teoría a la práctica: Intervención en el trastorno límite de la personalidad".

Ediciones Pléyades, S.A. Marzo 2005

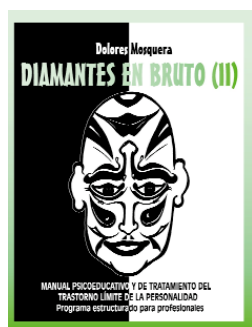
Texto contraportada: El escenario de la portada muestra la terapia entendida como un teatro, en el que cada protagonista debe representar un papel, un rol que le hace único y diferente de los demás, pero en el que todos los actores presentan características comunes y por eso están incluidos en la misma obra. Los espectadores (clínicos) pueden percibir dos realidades: el actor (paciente) que pierde los papeles o el actor que en terapia ha aprendido la teoría y ha conseguido pasar a la acción, poniéndola en práctica. De la teoría a la práctica pretende acercar al clínico a este segundo modelo de paciente, el que consigue de una manera práctica buscar soluciones y trabajar en su recuperación. Para ello, será fundamental dejar de lado posibles prejuicios y reacciones contra-transferenciales por parte del clínico y trabajar activamente en la alianza terapéutica y la mejoría del paciente. Dolores Mosquera, en un escenario terapéutico, nos transmite, con la habilidad y la claridad a las que nos ha acostumbrado en sus distintas obras, el proceso de intervención, tanto en diferentes fases de terapia como en situaciones puntuales de crisis, en el tratamiento de los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, con ejemplos literales de entrevistas terapéuticas en las que la dificultad se podría ver incrementada, llegando incluso a imposibilitar el proceso, si no se tienen en cuenta aspectos básicos como los que ella describe amena y minuciosamente.



Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares.

Autora: Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades. 2004

Texto contraportada: La máscara de la portada nos ofrece la posibilidad de poder percibir dos imágenes distintas y opuestas de una misma realidad, mediante un gesto tan simple como girar el manual hasta darle la vuelta. La autora posee esta misma habilidad: hacer que las cosas complejas se puedan entender de manera sencilla y práctica con un simple giro.



Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales.

Ediciones Pléyades. 2004

Texto contraportada: Un diamante en bruto sólo puede ser tallado por otro diamante. Dolores Mosquera dota al profesional de esta valiosa herramienta de trabajo que le permitirá ir tallando minuciosamente cada pequeño detalle de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad, hasta llegar al centro, a la persona, al brillante en sí. La existencia de testimonios literales de pacientes facilita el conocimiento de sentimientos, actitudes y pensamientos de estas personas, permitiendo darle a su consecuente comportamiento un contexto comprensible y lógico, que tiene cabida dentro de la razón, la coherencia y, por supuesto, la cordura que en muchas ocasiones ha sido juzgada y negada de antemano ante este diagnóstico por los propios profesionales.

Calendario de actividades

II congreso Internacional de Medicina y Salud Mental de la Mujer
14, 15 y 16 de febrero de 2008, Medellín, Colombia.

V Congreso Javeriano de Psicología

Abril 3, 4 y 5 de 2008, Bogotá

Pensar el presente: Psicología, Crítica y Tiempos de Globalización.
Correo: continua.psicologia@javeriana.edu.co

XXIV Congreso Argentina de Psiquiatría (APSA)

17 al 20 de abril de 2008, Mar del Plata

Congreso Internacional de Patología Dual

Del 29 al 31 de Mayo del 2008

www.cipd2008.com

Congreso Internacional de Neuropsicología

Buenos Aires 2 y el 5 de julio de 2008

Organizado por la International Neuropsychological Society (INS) que se desarrollara conjuntamente con el

VIII Congreso de la Sociedad de Neuropsicología de Argentina (SONEPSA)

www.ins-sonepsa.com

VI Congreso Iberoamericano de Psicología

Lima, Perú, 16-19 de Julio de 2008

www.congresofiapperu.com

informacion@congresofiapperu.com

XXV Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

19-22 noviembre, 2008. Isla Margarita, Venezuela

Organiza: Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Auspicia: WPA, SVP, SEP, SEP, FEPSM

Contacto: apal2008@tilesa.es

Website: www.apal2008.org

XXV Congreso Argentino de Psiquiatría. "LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Crisis en la Prevención, el Diagnóstico y la Terapéutica"

23 al 26 de abril de 2009 - Hotel Sheraton, Mar del Plata

Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

www.apsa.org.ar/congreso2009/primer.php

congreso2009@apsa.org.ar

9th Word Congress of Biological Psychiatry

28 June, 2 July 2009. Paris, France

Website: www.wfsbp-congress.org

VII CONGRESO MUNDIAL DE ESTADOS DEPRESIVOS. Simposio Internacional sobre Desorden por Estrés Postraumático

Mendoza - Argentina, 24-26 September 2009

www.mendoza2009.org

Reglamento de publicaciones

- 1) Los artículos deben enviarse por E-mail a koldobsky@speedy.com.ar o por correo a: calle 35 n° 1473 - 1900 Las Plata - Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, presentados en diskette o CD, (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y 4 ó 5 palabras claves. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño A4, tipografía Arial, cuerpo 12. Tendrán palabras claves en inglés y castellano
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte con su respectivo texto (impresas en tres copias y en diskette o CD), cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) Los artículos para la sección "Cartas de lectores y comunicaciones breves" consistirán en presentaciones de caso/s, efectos poco frecuentes de drogas, comentarios sobre artículos ya publicados o sobre temas de interés acerca de personalidad y/o sus desórdenes. Deberán ser breves y concisos, evitando información complementaria. Con una extensión máxima de 2 páginas, con las características de edición del punto 2) y una breve bibliografía complementaria, según el punto 3). Salvo extrema necesidad y a criterio del Comité Editorial se podrán incluir tablas o ilustraciones.
- 7) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 8) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 9) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 10) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Instructions to authors

- 1) Articles should be submitted via e-mail to koldobsky@speedy.com.ar or posted to the following address: Calle 35 n° 1473 - 1900 La Plata - Argentina.
- 2) Articles must be original. The manuscripts must be typewritten in word processor format (Microsoft Word o Word Office), in either Spanish, Portuguese or English. Title must be brief and concise. Original reports will include author´s full name, affiliations and e-mail address.
All articles must be preceded by an abstract of 100-150 words and 4-5 key words. Full lenght for the manuscript should not exceed 15 pages (size A 4), typed in Arial 12.
- 3) References will be arranged in alphabetical order at the final part of the text. They will be numbered in ascendant order and the number regarding each reference will be included in the correspondant part of the text. E.g., Text: The paper which discuss about Schizophrenia in young people(4) was revised by subsequent authors(1).
References:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) When references include articles from periodical publications: author´s surname and name´s initials, article´s title, journal´s name (in which the article was published), date of publication, volume, number, initial and final page of the article.
 - b) When they include books: author´s surname and name´s initials, book´s title, city of printing, editor and date of the edition´s publication.
- 4) Aclaratory notes will be signaled within the text with an asterisk and will be developed at the bottom of the page.
- 5) Tables and figures will be carefully numbered and arranged within the text.
- 6) Articles can be submitted for a special section of Readers Notes and Short Reports. They will consist of case presentations, rare drugs´effects, coments either on articles already published or on interesting subjects about personality and/or its disorders. They must be brief and concise, avoiding supplementary information. Full lenght should not exceed 2 pages, with the same characteristics described in item 2) and a short complementary bibliography as required in item 3). Unless really necessary and with the Editorial Board´s authorization, tables or figures could be included.
- 7) Articles will be revised by at least, two members of the Scientific Committee. They will report the convenience of its publication to the Editorial Board and suggest if necessary, some modifications to be finally accepted.
- 8) Persona Journal is not responsible for neither signed articles nor expressed opinions of interviewed people.
- 9) Articles either accepted or not accepted will not be returned.
- 10) All the articles accepted for publication must be original and they are not to be reproduced in another journal whithout the Editorial Board´s authorization.