



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Evaluación de narcisismo encubierto: Traducción al español y estudio psicométrico de la versión en español del HSNS en población clínica

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
ANDRÉS MARTÍNEZ TRUJILLO

Tutor teórico de Tesis:
Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez

Tutora metodológica de Tesis:
Dra. Rebeca Robles García





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDOS

1 MARCO TEÓRICO	4
1.1 Antecedente histórico del concepto de personalidad.....	4
1.2 Teorías y definición de personalidad.....	5
1.3 Trastornos de la personalidad, abordaje y fundamentos neurobiológicos.....	7
1.4 Organización de personalidad.....	9
1.5 Factores biológicos asociados a los trastornos de personalidad.....	10
1.6 Aspectos históricos del narcisismo patológico y trastorno narcisista de personalidad.....	14
1.7 Criterios diagnósticos del trastorno narcisista de personalidad.....	15
1.8 Subtipos de narcisismo.....	17
1.9 Diagnóstico diferencial.....	20
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3 JUSTIFICACIÓN.....	24
4 OBJETIVOS	26
5 HIPÓTESIS	27
6 METODOLOGÍA	28
6.1 Tipo de estudio.....	28
6.2 Universo de estudio y tamaño de muestra.....	28
6.3 Criterios de selección de grupo de paciente.....	29
6.4 Definición operacional de las variables del estudio.....	30
6.5 Escalas de medición	31

7 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	34
8 ANÁLISIS DE DATOS.....	36
9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
10 RESULTADOS	39
11 DISCUSIÓN	48
12 CONCLUSION	56
13 BIBLIOGRAFÍA	58
14 APÉNDICE	65
13.1 Escala HSNS versión mexicana.....	65
13.2 Escala HSNS versión orginal.....	66
13.3 Consentimiento informado.....	67

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedente histórico del concepto de personalidad

Las raíces etimológicas de la palabra personalidad provienen del latín tardío *personalitas* (persona) que significa máscara o actor y de la palabra griega *prósopon* que significa rostro. Con el tiempo este término avanzó a otras esferas sociales, más allá de su significado concreto o relativo al arte, llegando a constituir la imagen idealizada del ciudadano romano prototípico; es decir individuos jurídicamente dotados de derechos, en contraposición a los esclavos, quienes en pocas palabras no eran considerados “*personas*”. El término ha ido evolucionando, para convertirse en el sinónimo de “*ser humano*”; la aparición del adjetivo “*personal*” (de propiedad) se expandió al desarrollo del sustantivo “personalidad”, el cual se encuentra orientado a abarcar el todo de la complejidad de representa un individuo. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española expone en su última edición (2016) algunas breves definiciones, que particularmente involucran dimensiones filosóficas, legales o de cualidad: “1. f. La diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra”; “2. F. Conjunto de características o cualidades originales que destaca en algunas personas”; “3. f. Persona de relieve, que destaca en una actividad o en un ambiente social”; “4.f Inclinação o aversión que se tiene a una persona, con preferencia o exclusión de las demás”; “8. Fil. Conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente”; “6.f. Der. Aptitud legal para intervenir en un negocio o para comparecer en juicio”. Las anteriores impresionan que tienden a dictomizar la esencia del ser humano (virtud o defecto) (de la Lengua Española, R. A, 2016).

1.2 Teorías y definición de personalidad

A mediados del siglo XX, Gordon Allport (1897-1967), psicólogo americano y pionero en el estudio de la personalidad–rechazó el enfoque psicoanalítico al considerarlo demasiado profundo y al conductivista como muy somero- definiendo a la personalidad como una alineación dinámica de los sistemas psicofísicos que permiten establecer un modo específico de actuar y pensar; organización que se diversifica entre sujetos ya que depende de la adaptación al entorno que establezca cada individuo, dada por el carácter que desarrollen (ambiente) y su temperamento (gen) (Gordon W. Allport, *The person in psychology*, 1968). A finales del siglo XX e inicio del siglo XXI, el Norteamericano Sidney J. Blatt (1928-2014), psicólogo clínico, psicoanalista y renombrado teórico de la personalidad –quien dio una enorme contribución al estudio del desarrollo de la personalidad y la psicopatología- propuso un modelo de dos polaridades del desarrollo de la personalidad, que él consideraba que evolucionaba a través de una interacción dialéctica y sinérgica, entre dos procesos fundamentales a lo largo de la vida: el desarrollo de la relación interpersonal por un lado, y de la autodefinición por el otro. En su modelo, la psicopatología representa un intento de encontrar un equilibrio, aunque distorsionado, entre la relación y la autodefinición. Varias formas de psicopatología se consideran dentro de este enfoque como intentos de encontrar un equilibrio, aunque distorsionado, entre la relación y la autodefinición, lo que lleva a un énfasis temporal o crónico que es excesivo, distorsionado y, con frecuencia, defensivo, en uno u otro de estas dos líneas de desarrollo. Las personas altamente dependientes/anaclíticas (del griego *anaklitos*; es decir descansando o apoyándose en) pueden generar un ambiente social positivo, pero su apego y estilo de relación demandante a menudo lleva a la irritación, ira y el resentimiento de los demás, lo que podría llevar al rechazo y al abandono real, confirmando el fuerte temor de estas personas a ser rechazadas y abandonado.

Los individuos altamente autocríticos/introyectivos, por el contrario, tienden a ser ambivalentes, críticos y desconfiados de los demás, debido a su temor a la crítica y la desaprobación. Sin embargo, esto los lleva a ser percibidos por otros como fríos y distantes, lo que confirma la creencia de estos individuos de que a los demás no les agradan y los desaprueban. (Luyten, 2017).

Finalmente el Dr. Otto Friedemann Kernberg (1928-¿?), psiquiatra y psicoanalista de origen Austriaco, padre de las relaciones objétales modernas; partiendo de un modelo contemporáneo más integrado –basado en la teoría de las relaciones objétales Klenianas, aunque depurado y aterrizado en bases neurobiológicas- define a la personalidad en su ensayo “¿*Qué es la personalidad?*” del 2016 de la siguiente manera: “*En mi opinión (Kernberg y Caligor, 2005; Posner et al., 2003), la personalidad se refiere a la integración dinámica de la totalidad de la experiencia subjetiva de una persona y sus patrones de comportamiento, que incluyen lo consciente, lo concreto y las conductas habituales, experiencias del yo y del entorno, pensamiento consciente y explícito, deseos, miedos habituales y patrones de comportamiento inconscientes, experiencias, puntos de vista y estados intencionales. Es una integración dinámica en la medida que implica una asociación organizada e integrada de múltiples rasgos y experiencias que se influyen mutuamente, el resultado final de la coordinación de múltiples disposiciones. En este sentido, la personalidad representa una entidad mucho más compleja y sofisticada que simplemente la suma de todos sus componentes característicos*”.

“La personalidad se deriva de la capacidad del organismo humano para experimentar estados subjetivos que reflejan la condición interna del cuerpo así como también la percepción del ambiente externo dentro del cual este cuerpo funciona. Incluye funciones psíquicas discretas, como los afectos, la percepción, la cognición y la memoria instrumental y declarativa, y diversos

niveles de funciones autorreflexivas, desde el espejeo relativamente simple de los movimientos motores previstos y experiencias sensoriales percibidas a una compleja capacidad de autoreflexiva de autoevaluar de los estados afectivos y cognitivos (...) Le conforman el temperamento, las relaciones objétales, el carácter, la identidad, sistema de valores éticos y la capacidad cognitiva (inteligencia)” (Kernberg, 2016)

En las últimas dos décadas, el estudio de la personalidad y sus trastornos ha sido un aspecto fundamental de la psicopatología anormal. Los trastornos de la personalidad ocupan hoy en día un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área fundamental del estudio clínico y científico.

1.3 Trastornos de la personalidad, abordaje dimensional y fundamentos neurobiológicos

La 5ª edición del Manual Estadístico y Diagnóstico (DSM-5 por sus siglas en Inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) define a los trastornos de personalidad como un patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo; tratándose de un fenómeno generalizado y poco flexible, que presenta su inicio en la adolescencia o en la adultez temprana, es estable a lo largo del tiempo, comporta malestar o deterioro, y se manifiesta al menos en dos de las áreas siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Podrán ser diagnosticadas cuando los rasgos de personalidad son rígidos y desadaptativos, y producen deterioro funcional o sufrimiento subjetivo (Sadock y Ruiz, 2015). Por su parte la Organización mundial de la salud (OMS), de acuerdo a su Catálogo Internacional de Enfermedades décimo primera edición (CIE-11) –el cual aún entra en vigencia- define a los trastornos de personalidad como una alteración duradera caracterizada por problemas en el funcionamiento de los aspectos

del sí mismo (ej. la identidad, la autoestima, autopercepción y autodirección) y/o disfunción interpersonal (ej. en la capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, o en la capacidad para comprender las perspectivas de los demás y manejar el conflicto en las relaciones). Dichas alteraciones deberán haber persistido durante un periodo de tiempo prolongado (ej. con una duración de 2 años o más) y se manifestarán en la cognición, experiencia emocional, expresión emocional y comportamiento desadaptativos (ej. desregulación o inflexibilidad). Las alteraciones se presentarán a través de una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no está limitada a relaciones específicas o roles sociales), aunque puede ser consistentemente evocada por ciertas circunstancias particulares y no por otras. Los patrones de comportamiento que caracterizan la alteración no son apropiados para el desarrollo y no pueden explicarse por factores sociales o culturales, incluido el conflicto sociopolítico. Los síntomas no se deberán a los efectos directos de alguna sustancia, incluidos los efectos de abstinencia a las mismas, y no se explica mejor por otro trastorno mental u otra condición médica. La alteración estará asociada con un malestar considerable o un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa u otras áreas importantes dentro del funcionamiento (OMS, 2017).

De acuerdo con el uso de modelos categóricos actuales -Catálogo Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de la OMS y el DSM-5- algunos autores estiman que hasta el 12 % de la población general y aproximadamente 50 % de la población clínica, cumplen con criterios suficientes para algún trastorno caracterológico (Bach et. al, 2017). Sin embargo, varios estudios han resaltado deficiencias significativas del enfoque categórico de los trastornos de personalidad, incluyendo umbrales diagnósticos arbitrarios, superposición extensa entre las categorías de los trastornos e insuficiente validez de constructo (Ghaemi, 2014; Widiger, 2007).

En consecuencia, los comités de la APA y de la OMS han propuesto modelos basados en rasgos de la patología de personalidad de formas sustancialmente similares (Kruger, 2009; Oldham, 2015). El modelo alternativo para trastornos de la personalidad, presente en la Sección III del DSM-5 (medidas y modelos emergentes), presenta evaluaciones por separado del funcionamiento individual e interpersonal, junto con 25 facetas de rasgo organizadas en cinco dominios de rasgo (afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). A su vez la OMS en su CIE-11 propone al clínico seleccionar uno de tres códigos de diagnóstico diferentes de acuerdo con la gravedad de trastorno (leve, moderado y severo), junto con la especificación opcional de cinco dimensiones de rasgos (afecto negativo, desapego, disocialidad, desinhibición y características anancásticas y adicional a estas dimensiones un especificador denominado “patrón límite”), que pueden ser observados o evaluados por médicos o informantes (Kruger et. al, 2009; Oldham, 2015).

1.4 Organización de la personalidad: Otto Kernberg propuso un sistema de clasificación para los trastornos de personalidad, presentado por primera en 1976, el cual se encuentra ordenado en torno a la dimensión de la gravedad; prestando especial atención a la consolidación de la identidad, operaciones defensivas, agresión, valores morales y pruebas de realidad. La gravedad dependerá de en cuál de los tres niveles de organización se encuentre el individuo; la organización de personalidad de alto nivel o neurótica se caracteriza por una adecuada consolidación de la identidad, pero con una calidad de relaciones de objeto comprometida y conflictiva. La organización limítrofe está definida por la difusión de la identidad y la calidad comprometida de las relaciones de objétales. La organización límite de bajo nivel se caracteriza por la agresividad y un funcionamiento moral voluble. Este enfoque tiene la ventaja de utilizar la gravedad de la patología de personalidad y la afiliación (relaciones interpersonales); útil para la

cuidadosa planificación del tratamiento y en relación a las necesidades puntuales del individuo. La gravedad oscila entre la más leve, en la parte superior del esquema (figura 1) y la más grave en la parte inferior (Lenzenweger, 2005).

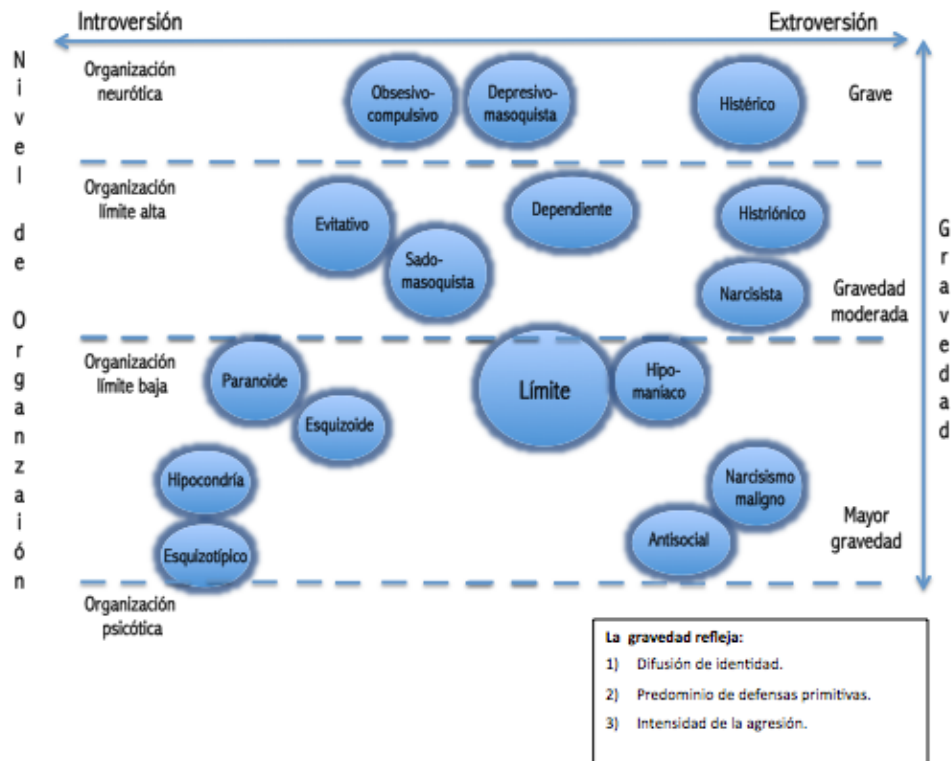


Figura 1.- Nivel de organización (Kernberg, 1976). Adaptada de la figura original del artículo de Clarkin, Cain y Lenzenweger (2017).

Se sabe que la heredabilidad de los trastornos de personalidad es sustancial (50-60%), donde los factores ambientales no compartido tienen una importancia influencia en su expresión (Torgersen, 2000).

1.5 Factores biológicos asociados a los trastornos de personalidad: Factor hormonal; se ha observado que aquellas personas que presentan rasgos de impulsividad a menudo presentan concentraciones elevadas de testosterona, 17-estradiol y estrona. A su vez la **Monoaminoxidasa plaquetaria** ha sido asociada a la biología de los trastornos de

personalidad, algunos estudios reportan que concentraciones bajas de monoaminooxidasa (MAO) en las plaquetas se han relacionado con la actividad y la sociabilidad en primates. Estudios en población estudiantil, han reportado que concentraciones bajas de MAO plaquetaria se asoció a mayor dedicación a actividades sociales que aquellos con concentraciones altas (ej. Se ha vinculado MAO plaquetaria baja en pacientes con diagnóstico de trastorno esquizotípico). En cuanto a los **neurotransmisores** Se ha relacionado a individuos que presentan concentraciones elevadas de endorfinas endógenas –las cuales poseen efectos similares a la morfina exógena, como la analgesia y la supresión de la activación- con la presencia de un carácter flemático. Por otro lado el estudio de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos revelan una función activadora. La concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina, se ha observado en concentraciones disminuidas en sujetos con conducta suicida, impulsiva o agresiva. Lo anterior valida el uso de los psicofármacos para el manejo de estos trastornos (ej. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina reducen la presencia de sintomatología depresiva, impulsividad y la capacidad reflexiva, pudiendo llegar generar una sensación de bienestar general; a su vez el incremento en los niveles de dopamina en el sistema nervioso central mediante el uso de anfetaminas pueden inducir euforia). Los efectos farmacológicos suscitan gran interés, y controversia en torno al origen innato o adquirido de esta condición (Sadock, & Ruiz, 2015). Sin embargo, la realidad es que los fármacos muy pocas veces resuelven por sí mismos un trastornos de personalidad, ejemplo claro de esto es el del Trastorno límite de personalidad (TLP); quizá el trastorno de personalidad más recurrente, problemático y representativo de la psiquiatría. El TLP presenta una elevada tasa de comorbilidad con diversos trastornos psiquiátricos (ej. trastorno depresivo mayor 50%, trastornos de ansiedad 50%, Trastorno por estrés postraumático 30%, etc.) y en quien los psicofármacos

funcionan más como un tratamiento secundario o adyuvante en situaciones de exacerbación sintomatológica o para el manejo de las frecuentes comorbilidades psiquiátricas concomitantes (Gunderson, 2014).

Correlatos neurobiológicas de la personalidad (relación entre el modelo de personalidad de Blatt y la teoría del apego): Investigación neurobiológica ha identificado el involucro del circuito de recompensa dopaminérgico mesocorticolímbico y el circuito cortico-hipotálamo-cerebro medio-límbico-paralímbico, en el desarrollo de la cognición social y el *Self* (Lombardo et al., 2010; Fonagy, Luyten y Strathearn 2011; Panksepp 1998; Vrticka y Vuilleumier, 2012). Los neuromoduladores clave de estos circuitos, incluyen a neuropéptidos como la oxitocina y la vasopresina, los cuales parecen estar involucrados en la gratificación de las conductas de afiliación (atención parental, vínculo entre parejas y la conducta sexual), cognición social requerida para sostener relaciones interpersonales y para la regulación de las respuestas conductuales y neuroendocrinológicas al estrés (Neumann 2008). En particular, las experiencias de apego seguro reforzarían las conducta de afiliación, lo que desembocaría en la ampliación de la experiencia de apego seguro a un comportamiento exploratorio, y que a su vez permitiría la construcción de habilidades y recursos sociales, aprendidos en un “campo seguro” (Fredrickson, 2001). Por lo tanto, en el desarrollo normal, las experiencias de relación están intrínsecamente relacionadas con el desarrollo de sensación de autonomía, competencia e identidad (Fonagy y Luyten 2009, Fredrickson 2001, Mikulincer y Shaver 2007). Por lo tanto un desarrollo alterado, se asociaría con perturbación en la interacción dialéctica en el desarrollo de la corteza prefrontal medial, cíngulo posterior, precúneo y la unión temporoparietal, involucrados en el procesamiento de la información acerca del sí mismo y los demás (Lieberman, 2007; Lombardo, 2010, 2011; Northoff, 2006). De acuerdo a lo anterior, los investigadores han demostrado que las personas

altamente dependientes/anaclíticas y en particular las personas altamente autocríticas/introyectivas serán más propensos a desarrollar una serie de problemas y trastornos somáticos funcionales, (Luyten, 2013; Shahar, 2015). Ejemplos típicos de psicopatología anaclítica incluirían al trastorno depresivo, histriónico, dependiente y límite de la personalidad. En estos trastornos, la necesidad de relacionarse cuesta el desarrollo de autonomía e identidad; con presencia de excesiva dependencia de los demás. Por el contrario, la psicopatología introyectiva, se caracteriza, en diferentes niveles de desarrollo, por un énfasis distorsionado y unilateral en la autodefinición; énfasis excesivo en el sí mismo y la autonomía, y consecuente descuido defensivo de las relaciones. Algunos ejemplos son los trastornos paranoides, obsesivo-compulsivos, depresivos autocríticos y narcisistas de la personalidad (Luyden, 2017).

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede inferir que la evaluación de la personalidad y su amplia diversidad de anormalidad resulta uno de los elementos críticos en el examen psiquiátrico y psicológico. Frecuentemente los profesionales de la salud omiten su exploración o importancia y tan solo son tomando en cuenta una vez que la evolución del trastorno mental presenta dificultades (Esbec y Echeburúa, 2011). Reconocer de forma temprana patrones de personalidad proveerá de información útil para el clínico, pudiéndose inferir si el paciente tendrá un adecuado apego al tratamiento, tendrá perseverancia para continuar su proceso de rehabilitación o seguirá indicaciones. El consumo de sustancias, estilos de vida saludables (o no) y la presencia de prácticas sexuales de riesgo, podrían ser predichas en relación con el análisis de los rasgos de personalidad de un individuo.

1.6 Aspectos históricos del narcisismo patológico y trastorno narcisista de la personalidad

El término *narcisismo* evolucionó del antiguo mito griego de Narciso, un hermoso y joven muchacho que rechazó el amor de los demás, al considerarlo indigno, para terminar enamorándose de su propio reflejo en el agua. Narciso mientras más se fijaba en su propio reflejo, más se sentía impulsado a permanecer allí por pasión, aunque simultáneamente sufriendo; este dolor con el tiempo terminó por llevarle a la desesperación y la muerte. Esta antigua historia mayormente ha sido atribuida a Partenio de Nicea, quien la habría creado alrededor del año 50 aC, sin embargo, no es la única versión reconocida. Otras variantes aseguran que fue un pretendiente despreciado, quien habría persuadido a un dios para que el obsesionado y hermoso Narciso mirase fijamente su imagen para siempre y terminase por suicidarse. En la versión de Pausanias (143-176 aC), Narciso se enamora de su hermana gemela idéntica, con quien tiene una relación sexual, cuando esta muere, él pretende ver su reflejo en el agua para recordar su amor por ella.

El narcisismo patológico ha ejercido durante mucho tiempo una importante influencia sobre doctrinas, escritos mitológicos, bíblicos y otros textos religiosos, que han sancionado la vanidad y advertido sobre la preferencia del amor propio por encima del amor a los demás y a la sociedad. Estos peligros, discutidos durante mucho tiempo en historias, pinturas y obras de teatro, han encontrado una moderna forma de presentación en un particular estilo de personalidad. (Greyner B.F., 2013). El constructo contemporáneo y más difundido permanece cristalizado en una definición empírica, categórica y atórica desde hace más de 35 años, tiempo en el que la American Psychiatric Association (APA, 1980) en su manual estadístico de trastornos mentales (DSM por sus siglas en Inglés) en su tercera edición le incluía por primera ocasión en sus páginas gracias a la entusiasta propuesta, trabajos e interés, de algunos

psicoterapeutas de la década, bajo la premisa de usar los criterios diagnósticos como parámetros de medición empírica con fines de investigación. A pesar de la buena voluntad científica para su estudio, el concepto ha continuado conceptualizándose de forma inamovible de este entonces. Criticado por muchos por dar una visión y constructo reduccionista, fundamentada en los estudios de *Raskin y Hallquiens* desarrollaron el inventario de personalidad narcisista (Narcissistic Personality Inventory: NPI, 1979), quien abordó este trastorno a través de 40 ítems enfocados en la faceta grandiosa de estos pacientes (tendencias explotadoras, arrogantes, sentido de autoimportancia desproporcionado y demanda de atención-admiración). Para la APA el concepto no ha evolucionado desde entonces y hasta la fecha (*DSM-5, 2014*) los criterios se mantienen prácticamente intactos:

1.7 Criterios diagnósticos del trastorno narcisista de personalidad (según el DSM-5; F-60.81):

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- 1.- Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. Ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
- 2.- Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
- 3.- Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
- 4.- Tiene una necesidad excesiva de admiración.

- 5.- Muestra sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
- 6.- Explota a las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
- 7.- Carece de empatía: No está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- 8.- Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
- 9.- Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Esta postura supuestamente reduccionista (aunque pionera)continua siendo debatida. Por lo que numerosos autores tratan de ir más allá de la faceta arrogante y de autoestima desmesurado de estos individuos. Curiosamente la carrera por la búsqueda de un mejor y más preciso entendimiento del trastorno, ha generado más controversia y menos claridad (*Gunderson, 1991*). Sin embargo en las últimas dos décadas se ha comenzado a afianzar más la creencia de la complejidad detrás de esta aparente simple vanidad. Finalmente la controversia e interés generados en este trastorno de personalidad, son sencillamente un reflejode un trastorno mental de una naturaleza que resulta aun desconcertante. Paralelamente en las ciencias sociales se ha despertado también un creciente interés por el narcisismo, proponiendo que el factor sociocultural posee un peso específico en su “brote”: *“La cultura del individualismo competitivo, que en su decadencia ha acarrado a la lógica individualista, llevada al extremo de una guerra de todos contra todos, en una búsqueda de la felicidad dirigida hacia una camino sin retorno”* (Lasch, 1979).

1.8 Subtipos de narcisismo

Existe la creencia subyacente de que el narcisismo estaría configurado dentro de un *continuum* que iría desde rasgos de personalidad relativamente inofensivos a un extremo opuesto de características altamente patológicas y disfuncionales que impedirían a los sujetos mantener un empleo estable y haciéndoles propensos a conductas antisociales, más cercanos al espectro de la psicopatía. Esta heterogeneidad justifica las críticas de lo limitado y débil del constructo “*clásico*”, que no permite visualizar el alcance completo de la personalidad narcisista (Balestri, 2000), fallando en cubrir características centrales psicopatológicas, incluyendo la autoestima vulnerable, sentimientos de inferioridad, vacío, aburrimiento, hiperreactividad reactiva y aflicción. Es por esto que gente como Dr. Frank Yeomans, Kernberg y cols. (2015) recientemente propusieron cuatro diferentes “*rostros*” del trastorno de personalidad narcisista abordando este amplio espectro de complejidad y gravedad en la presentación del trastorno:

1.- El narcisista grandioso, abierto o de piel gruesa, se observa en aquellos sujetos abiertamente engrandecidos, arrogantes, que persiguen atención y reconocimiento. No se muestran ansiosos o angustiados. Pueden ser socialmente encantadores, seductores y desconsiderados con las necesidades de terceros, llegando a explotar sus interpersonales con fines egoístas.

2.- El narcisista vulnerable, encubierto, frágil o de piel delgada: (Objeto de interés de esta tesis de especialidad en Psiquiatría) es aquel sujeto de conducta inhibida, tímida, que se escuda en una máscara de falsa modestia, llegando a demostrar angustia. Son hipersensibles a la evaluación de terceros y a los desaires, presentando una manifiesta tendencia a compararse con

los demás lo que les genera envidia, que mantiene en secreto, junto con sus deseos de grandiosidad.

Cabe señalar que los dos primeros subtipos comparten el ser individuos altamente absorbentes y egoístas. Permaneciendo ensimismados la mayor parte del tiempo, situación que empobrece y daña su interacción interpersonal. Además, se ha visto que los sujetos “grandiosos” e “encubiertos”, fluctúan de uno a otro polo dependiendo de las circunstancias vitales, mientras que otros más presentan características mixtas.

3.- El narcisista de alto funcionamiento: Es un subtipo más “sano”, donde se encuentran sujetos exhibicionistas, hambrientos de atención, sexualmente provocadores, competitivos y autónomos. Quienes demuestran un funcionamiento más adaptativo y quienes son capaces de utilizar sus rasgos de personalidad para su propio beneficio. Debido a este alto grado de funcionalidad, este subgrupo puede pasar a desapercibido y parecería que no padecen de un trastorno de personalidad a primera vista.

4.- Naricisismo maligno (NM): concepto introducido por primera vez a la literatura psicoanalítica por el Dr. Kernberg en 1984. Estos individuos se encuentran caracterizada por un núcleo propio de un trastorno narcisista de personalidad clásico (con un amplio sentido de importancia, preocupados por fantasías de éxito ilimitado) más rasgos de conducta antisocial, sadismo egosintónico y una profunda orientación paranoide frente a la vida. Tienden a proyectar una apariencia autosuficiente y exitosa, pero de forma encubierta son frágiles, vulnerables a la vergüenza y sensibles a la crítica. Intolerantes frente a la frustración, lo que les lleva a arrebatos de ira, irritabilidad y sentimiento súbitos de vacío. Siendo altamente maleables al medio externo, capaces de sostener trabajos de forma consistente y exitosa, impulsados por la admiración, su

intelecto es sorprendentemente somero. Son propensos a la mentira patológica, la promiscuidad sexual, pobre empatía, explotadores e indiferentes frente a los demás. Este constructo estaría situado entre en un punto intermedio entre el trastorno narcisista de personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad, sin embargo posee diferencias, ya que son capaces de otorgar lealtad de forma selectiva, además de una capacidad para internalizar rasgos agresivos y sádicos del Self grandioso. Fácilmente racionalizan su conducta antisocial y suelen ser expertos en evitar ser descubiertos, lo cual no es común en los antisociales promedios. Otra característica interesante de este subtipo, es la existencia de ideación suicida egosintónica crónica libre de sintomatología depresiva, ya que se perciben maestros de su propio destino, considerando en momento de crisis el suicidio como una salida triunfal. Su grandiosidad patológica es una defensa frente la ansiedad paranoide, por lo que regresiones paranoides en terapia los harían propensos a brotes psicóticos en la experiencia de Kernberg (Kernberg, 1975).

La posibilidad de que existan varios subtipos de narcisismo lleva a preguntarse cuáles serían las características nucleares que definen al trastorno narcisista de la personalidad y que de conocerse mejor orientarían al clínico de mejor manera para un diagnóstico más preciso, así como a su tratamiento. Desde un enfoque psicodinámico lo que caracteriza al trastorno narcisista de la personalidad a través de todo el espectro, es el sentido más o menos frágil del *Self*, basado en el mantenimiento de una visión de sí mismo como excepcional. Que no solo aplica para el narcisista grandioso, sino también para aquellos narcisistas vulnerables que la esconden detrás de sentimientos de inferioridad y deficiencia. El costo de esta creencia, evidente o encubierta, a largo plazo se traduce en la necesidad de negar la realidad, dejando a un individuo confiado tan solo de la retroalimentación que obtienen del exterior, no solo para sostener su autoestima, sino también su autodefinición. Frecuentemente tienen una profunda necesidad de que los demás

sostengan su *Self* y de que les ayuden con la regulación de su autoestima. Por lo que las relaciones interpersonales genuinas y pudieran representar una amenaza para su equilibrio, ya que confrontarían su individualidad con la dolorosa realidad de que otros podrían tener atributos de los que ellos carecen, lo cual lleva aquellos con características más grandilocuentes a tener relaciones superficiales, destinadas de forma específica para su regulación, mientras que los de rasgos más vulnerables tienden a aislarse de las situaciones sociales. Independientemente del subtipo, la necesidad autoregulatoria deja poco espacio para el interés genuino o sentimientos por los demás (F. Yeomans y Cols. 2015)

1.9 Diagnóstico diferencial

Hablando del trastorno narcisista como plantea la APA, es ampliamente conocido que puede coexistir con otros trastornos de personalidad de grupo B (trastorno límite, histriónico o antisocial de personalidad), o en su defecto ser confundido con alguno de los anteriores; situación que obstaculiza el proceso diagnóstico y por ende el tratamiento adecuado. Algunos autores sugiere que para poder discernir entre estos, se puede comenzar por la evaluación de la gravedad de los síntomas de ansiedad, mismos que en los sujetos narcisistas resultarán menores que en un paciente con TLP, además sus vidas tenderían a ser menos caóticas y teóricamente es menos probable que presenten intentos de suicidio recurrentes. Por su parte los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad tendrían una historia de conductas impulsivas, a menudo asociadas al abuso de etanol o de otras sustancias, lo cual les generaría un historial reconocible de problemas judiciales, en ocasiones desde edades tempranas. Aquellos pacientes con un trastorno de personalidad histriónica se caracterizarán por su exhibicionismo, la manipulación interpersonal y rasgos similares. En cuanto a los límites poco claros y/o compartidos, se ha visto que el paciente narcisista o limítrofe muchas veces pueden llegar a presentar algunos rasgos

antisociales -sin cumplir con un trastorno-, manifestando además la fantasía de grandiosidad, sentimientos de invulnerabilidad, necesidad de atención, envidia e hipersensibilidad a la crítica; junto con un patrón de interacción social explotador y fallas en la capacidad empática. En el caso de la relación del narcisista con el TLP, sabemos que los dos comparten dificultad para la regulación afectiva, impulsividad, relaciones interpersonales inestables, hipersensibilidad y reacciones agresivas desproporcionada frente a la crítica (Gunderson 2014; Kaplan y Sadock, 2015). Finalmente se recomienda realizar evaluaciones psiquiátricas a estos pacientes, con tiempo suficiente, de forma juiciosa, a través de una entrevista profunda y en un formato abierto (es decir evitando diagnóstico hechos por “check list”) para no otorgar, como sucede con frecuencia, diagnósticos psiquiátricos primarios errados a esta condición de personalidad. No es infrecuente que pacientes narcisistas sean mal diagnósticos con algún trastorno afectivo mayor; por ejemplo el trastorno depresivo mayor, -en lugar de diagnosticar una depresión caracterológica o una reacción distímica crónica- al cual se le otorgará tratamiento farmacológico y ante la evidente ausencia de respuesta, podría recibir el especificador de “resistente a tratamiento”, generando mayores costos y sometiendo al sujeto a intervenciones fútiles y de mayor riesgo. Así mismo, los trastornos bipolares son entidades que con frecuencia son diagnosticadas a estos pacientes; Kernberg y colaboradores observaron que 50% de los pacientes manejados en una unidad hospitalaria destinada a trastornos de personalidad, en realidad no tenían ninguno de estos, si no más bien un trastorno grave de personalidad en un nivel de organización limítrofe (Kernberg, 1975, 1984). Así mismo, se ha observado con frecuencia el sobrediagnóstico de TDAH en sujetos narcisistas con funcionamiento limítrofe y rasgos antisociales; los puntos clave y recomendaciones para realizar con éxito estos diagnósticos diferenciales pueden ser consultados en los textos correspondientes (Kernberg, 2013).

Para concluir este apartado, quisiéramos poner especial foco en el constructo del narcisista vulnerable y sus diagnósticos diferenciales, pues dicha condición posee una presentación mucho más sutil que la del narcisista grandioso, motivo por el cual no es infrecuente que sea infradiagnosticado y/o erróneamente clasificado; ya sea como otro trastorno de personalidad o inclusive como un diagnóstico psiquiátrico primario. Se deberán considerar siempre como diferenciales al trastorno obsesivo de personalidad y al trastorno esquizoide de personalidad, ya que esta presentación de narcisismo despliega un *Self* idealizado, perfeccionismo y una gran necesidad por el control. Como el obsesivo, el narcisista vulnerable aparentará modestia, prudencia, restricción emocional y retraimiento interpersonal; sin embargo la diferencia recaerá en su grandiosidad oculta, pobre capacidad empática con los demás, estilos de vida imprácticos, desdén por los detalles y tendencia a soñar despiertos con recurrencia. Por su parte, los narcisistas vulnerables se asemejan a los esquizoides en lo ensimismados, tímidos, retraídos sociales, carentes de espontaneidad y secretismo; sin embargo la diferencia radicará en su oculta ambición, optimismo encubierto e incremento de la grandiosidad encubierta cuando se encuentra sometido a estrés; además con facilidad se decepcionarán o sentirán heridos por las acciones de los demás (Akhtar, 2000). No es infrecuente que estos individuos presenten depresión caracterológica grave, reacciones distímicas crónicas, tendencia suicidas sin un episodio afectivo (Kernberg, 2014), hipocondría o que sean diagnosticados erróneamente como fóbicos sociales o con un trastorno evitativo de personalidad. Sin embargo la evaluación juiciosa dejará entrever que no es en sí el miedo a sufrir sintomatología ansiosa en situaciones sociales, sino que este temor surge del núcleo de vergüenza y la marcada sensibilidad a la crítica negativa que perjudica sus aspiraciones de perfección y grandiosidad (Eidlin y Bernardi).

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno narcisista de la personalidad es altamente prevalente y comorbido con otros trastornos de personalidad (Se superpone en un 40.66 % con otros trastornos del grupo B, particularmente con el trastorno límite de la personalidad o el trastorno antisocial de la personalidad –Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa and On'eall, 2005-) así como con algunos trastornos psiquiátricos primarios, como el trastorno por consumo de sustancias, la anorexia nervosa, el trastorno depresivo persistente, el trastorno depresivo mayor o el trastorno de pánico, por mencionar algunos. Este trastorno se encuentra asociado a un marcado deterioro funcional y discapacidad psicosocial, representando uno de los trastornos de personalidad menos estudiados, por lo que existe amplia confusión en relación a la validez, confiabilidad, especificidad y sensibilidad de los criterios diagnósticos actuales, por lo que no sorprende que previo al lanzamiento del DSM-5 se planteó seriamente su omisión del manual (Eva Caligor , 2015). La APA refiere una prevalencia de 1 al 6% en población general y de 2 al 16% en población clínica, en nuestro país esta información permanece desconocida, e independientemente de ello, entendemos que es un problema en salud mental nada despreciable en la población clínica de cualquier institución psiquiátrica de nuestro país. Por otro lado resulta una condición altamente estigmatizante en el ámbito médico, incluido el médico-psiquiátrico, debido a la importante contratransferencia que estos pacientes generan en los prestadores de servicios en salud, lo cual lamentablemente impacta en la calidad de su atención. Su tratamiento resulta difícil ya que el paciente prácticamente ha de renunciar a su estructura de personalidad si desea progresar. Kernberg y Kohut recomiendan la terapia psicoanalítica para obtener cambios, sin embargo, estas intervenciones aun requieren de mayor investigación, así como la validez de su diagnóstico.

3 JUSTIFICACIÓN

Dentro del ámbito psiquiátrico los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) resultan insuficientes para el diagnóstico de los pacientes con un trastorno narcisista de personalidad, particularmente por la existencia de al menos dos subtipos no considerados y debido al dinamismo que existe dentro del espectro de las narcisopatías. Por lo anterior se considera necesario facilitar el uso de instrumentos de fácil acceso y aplicación -como él HSNS- para el apoyo del diagnóstico, estudio y entendimiento.

En relación con lo anterior esta tesis se dispone a aportar un pequeño grano de arena a través de la validación de un instrumento de tamizaje útil para el constructo del narcisismo encubierto, el *Hypersensitive Narcissism Scale* o escala de narcisismo vulnerable (HSNS de acuerdo a sus siglas en Inglés). Escala que no ha sido validado en nuestro país a 18 años de su creación, a pesar de ser un instrumento con una confiabilidad aceptable ya demostrada. La ausencia de su validación en México y Latinoamérica se corroboró en una búsqueda en importantes motores de búsqueda científica como PubMed, PsycINFO u OVID, encontrándose tan solo una validación al castellano del año 2009 en Valencia, España, en donde se aplicó a una población específica (en una unidad de trastornos por consumo de sustancias). La anterior se considera poco útil de aplicar a nuestra población, debido a las variaciones lingüísticas que existen del español de España al mexicano, la cual seguramente resultaría confusa para los usuarios de nuestra institución, frente a lo cual se plantea realizar una traducción de su versión original al español y posteriormente retraducir al inglés a través de dos traductores bilingües mexicanos, ciegos, con dominio de terminología médica-psiquiátrica, a su versión inglesa, para posteriormente compararlas con la versión original. Asimismo, los ítems serán validados de forma concurrente con los criterios de personalidad narcisista expuestos dentro de él SWAP-200, entrevista capaz

de arrojar diagnósticos de personalidad (que incluye 18 ítems para la evaluación del narcisismo encubierta, además de otros más para el grandioso) y que no ha sido comparado con los criterios del HSNS.

La validación del HSNS ayudará a fortalecer el constructo de narcisismo vulnerable (1) dentro de la muestra a estudiar y el análisis de los resultados del SWAP-200 la de otros subtipos de narcisismo dentro del *continuum* propuesto (trastorno de personalidad narcisista “clásico” (2) o pacientes que cumplan con criterios para el constructo psicoanalítico del narcisista maligno (3) - núcleo narcisista, más rasgos antisociales y paranoides-. Obviando que los pacientes con trastorno narcisista de alto funcionamiento (4) no habrían de ser encontrados en una muestra clínica.

Por otra parte, a través de la aplicación del inventario de depresión de Beck, valoraremos la validez convergente por medio de la medición de sintomatología depresiva. Ya que se espera que aquellos sujetos que puntúen alto en el HSNS (Wink y Gough, 1990), puntuarán de forma paralela elevado, en el inventario de depresión y viceversa. Lo cual reforzaría el uso del instrumento HSNS como tamizaje en sujetos deprimidos que podrían pasar desapercibidos como narcisistas de solo considerar los criterios de la APA. Factor relevante a considerar en el tratamiento y pronóstico del paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivos generales

Traducir al español y determinar la validez y confiabilidad del instrumento HSNS en población clínica mexicana.

4.2 Objetivos específicos

- 1.- Traducir al español mexicano la versión original del instrumento HSNS mediante el proceso de traducción-retraducción por dos especialistas en salud mental bilingües.
- 2.- Determinar la validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio en base a las tres dimensiones generales del instrumento (dimensiones propuestas de acuerdo al estudio de Ripoll et al. 2008): Hipersensibilidad, egoísmo y ensimismamiento/egocentrismo.
- 3.- Determinar la consistencia interna (Alpha de Cronbach) del total y subtotales del HSNS.
- 4.- Determinar la validez concurrente y divergente mediante la relación entre el total de la escala HSNS y las subescalas de organización de personalidad límite de bajo funcionamiento (de acuerdo al modelo de organización de personalidad de Kenberg, 1976) y el índice de Salud Psicológica del SWAP-200.
- 5.- Determinar la validez convergente con sintomatología depresiva de acuerdo con el Inventario de depresión de Beck.
- 6.- Determinar la validez convergente con discapacidad laboral, social y familiar de acuerdo con el Inventario de discapacidad de Sheehan.

7.- Comparar el perfil diagnóstico categórico de acuerdo con el SWAP-200, el total de sintomatología depresiva, y el grado de disfunción entre pacientes con HSNS Bajo (<23 puntos) HSNS Medio (24-36 puntos) y HSNS Alto (>37 puntos) (siendo que de acuerdo con Hending & Cheek (1997), la media en población general de adultos es de 29.8_±6).

8.- Determinar la frecuencia de casos con narcisismo con características malignas (SWAP= trastorno narcisista + rasgos o trastorno paranoide + rasgos o trastorno antisocial), sin características malignas (SWAP= trastorno narcisista sin rasgos o trastorno antisocial), y sin narcisismo; y compararla entre los pacientes con medio y alto puntaje HSNS.

5 HIPÓTESIS

5.1 La versión en español de la escala HSNS es un instrumento válido y confiable que permite tamizar individuos con narcisismo vulnerable en una población clínica.

5.2 Los pacientes que puntúen más alto para el HSNS, presentarán diagnósticos categóricos en el SWAP-200, que a su vez se distribuirán en la organización de personalidad de bajo funcionamiento.

5.3 Los pacientes que puntúen más alto en el HSNS, puntuaran más alto en la evaluación de sintomatología depresiva y de discapacidad de Sheehan (esfera laboral, social y familiar).

5.4 Los pacientes con altos puntajes en HSNS presentarán diagnósticos propios de la organización de la personalidad límite de bajo funcionamiento, mayor sintomatología depresiva y discapacidad en comparación con aquellos con menores puntajes en HSNS.

5.5 Los pacientes con narcisismo con características malignas obtendrán altos puntajes en la escala HSNS.

6 METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Investigación de proceso (evaluación psicométrica de instrumento), mediante estudio no experimental de tipo transversal, prospectivo y homodémico.

6.2 Universo de estudio y tamaño de muestra

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia de pacientes interconsultados a la clínica de Trastorno límite de la Personalidad y que hayan sido usuarios del departamento de psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de La Fuente Muñiz*” (INPRFM). Dada la alta comorbilidad en pacientes con trastornos de personalidad del grupo B, se espera que hasta un 16% de estos pacientes de forma general tengan alguna forma de narcisismo (APA, 2015); otros autores han documentado que el 15% de pacientes con TLP presentan comorbilidad con trastorno narcisista de la personalidad y que el 25% de los pacientes con diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad presenten comorbilidad con TLP (Gunderson, 2014); por lo que al final se contará con casos con y sin diagnóstico de narcisismo en alguno de los subtipos previamente referidos (el diagnóstico categórico de narcisismo de acuerdo al DSM-IV se realizará a través del SWAP-200).

Tomando en cuenta el número de reactivos del instrumento a evaluar psicométricamente (HSNS, 10 ítems), y siguiendo las recomendaciones de Crocker y Algina (1986) acerca de incluir un mínimo de 5 participantes por reactivo, la muestra final del estudio deberá ser de 50 pacientes en total.

6.3 Criterios de selección de grupo de pacientes

6.3.1 Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes de ambos sexos, de entre 18 y 60 años de edad, del INPRF enviados a la clínica de Trastorno Límite de la Personalidad y/o servicio de psicoterapia. De forma inicial se considerará a aquellos a quienes se les ha aplicado la entrevista SWAP-200 (y se completará la muestra, alimentando la base de datos preexistente, con pacientes interconsultados a estos servicios o procedentes de otros servicios con sospecha de trastornos de personalidad del grupo B)
- 2.- Pacientes que acepten de forma voluntaria su participación en el protocolo de investigación y que hayan firmado el documento de consentimiento informado.

6.3.2 Criterios de exclusión

- 1.- Pacientes con sintomatología psicótica documentada previa o actual (descartándose presencia de episodios micropsicóticos).
- 2.- Pacientes con alguna condición neurológica preexistente.
- 3.- Pacientes con cambios de personalidad secundario a causa médica.
- 4.- Pacientes en los que se sospeche o haya determinado un coeficiente intelectual limítrofe o bajo.

6.3.3 Criterios de eliminación

Pacientes que después de haber aceptado participar en este estudio, soliciten su exclusión del mismo bajo cualquier argumento.

6.4 Definición operacional de las variables del estudio

Variabes demográficas	Tipo de variable	Unidad de medición
1.- Edad	Dimensional	De 18 a 60 años de edad.
2.- Sexo	Categórica	Femenino (F) ó Masculino (M).
3.- Estado civil	Categórica	Solter@ (S), casad@ (C), unión Libre (UL), viud@ (V), divorciad (D)
4.- Ocupación	Categórica	Desempleado, empleado, estudiante o ama de casa
5.- Nivel educativo	Categórica	Sin estudios (S/E), primaria (P), secundaria (S), bachillerato (B), licenciatura (L), maestría (M) y doctorado (D).
6.- Apego a la consulta externa	Categórica	Buen apego o pobre apego. Se catalogó en pobre apego a aquellos que presentaban 3 faltas en últimas 5 citas o 2 faltas en últimas 3 citas.
Variabes clínicas	Tipo de variable	Unidad de medición
1.- Constructo de narcisismo vulnerable	Dimensional	Escala HSNS de 10 ítems. Dimensiones de Hipersensibilidad (reactivos: 2, 3, 6 y 7) egoísmo (reactivos: 4, 5 y 10) y ensimismamiento (reactivos: 1, 8 y 9) de acuerdo al análisis del HSNS de Ripoll, 2008.
2.- Diagnósticos de personalidad categóricos y dimensionales	Categórico y dimensional	SWAP-200: 200 afirmaciones, puntuación del 0-7 a cada una de las 200 variables descriptivas de la personalidad. Método de ordenación Qsort.
3.- Sintomatología depresiva	Dimensional	Inventario de depresión de Beck: Test autoaplicable que valora intensidad de sintomatología depresiva. De 0-7 puntos: Ausencia de Depresión. De 7-14 puntos síntomas depresivos que ameritan tratamiento. De 14 o más puntos: Alta probabilidad
4.- Discapacidad	Dimensional	Inventario de discapacidad de Sheehan: La puntuación de discapacidad irá en un rango de 0-30 puntos, para ello solo se sumarán los dominios de trabajo, vida social y vida familiar (cada uno de estos se califica con una escala tipo de likert del 0-10). La escala de estrés percibido y de apoyo percibido (en % de 0-100) son independientes.

6.5 Escalas de medición:

6.5.1 El *Hypersensitive Narcissism Scale* o escala de narcisismo vulnerable (HSNS de acuerdo a sus siglas en Inglés)

Instrumento válido y confiable que ha demostrado adecuada consistencia interna (Alfa de cronbach oscila entre 0.72 y 0.75 en muestras de 109 y 151 sujetos respectivamente) y robustez en la validez convergente y divergente. Fue creado a través de la adaptación de la escala de Narcisismo de H. A. Murray (1938) y la correlación de otras escalas de narcisismo que los autores aplicaron a una población de 403 estudiantes Universitarios; 10 ítems específicos resultaron relevantes para evaluar el constructo del narcisismo encubierto. La puntuación se obtiene a través de la aplicación de una escala tipo Likert de 5 puntos posibles (1= Totalmente falso, 2 = Falso, 3 = Neutro, 4 = Cierto, 5 = Totalmente cierto). Por lo anterior, la puntuación total podrá ir de 10 a 50 puntos. (Hendin y Check, 1997).

6.5.2 SWAP-200 Versión en español

El procedimiento de evaluación Shedler-Westen (SWAP por sus siglas en Inglés) es una prueba psicológica de evaluación de personalidad, que posee una confiabilidad interevaluador de más de .80, coeficiente de validez convergente por arriba de .80 y coeficientes de validez divergente que oscilan cerca de 0 (Shedler y Westen, 2007). SWAP-200 resulta valioso por su capacidad para eliminar sesgos propios de los cuestionarios autoaplicables.

La prueba puede ser realizado por cualquier profesional de salud mental, sin necesidad de un entrenamiento especial, quien se apoyará de una entrevista semiestructurada de 180 minutos, para posteriormente calificar en la interface de una computadora 200 ítems descriptivos de personalidad; el clínico deberá clasificar estos ítems en ocho categorías, es decir de lo menos a lo

más descriptivo del evaluado (asignando un valor de 0 a 7). El instrumento se basa en el método de ordenación Qsort que requiere que se sitúe un número determinado de afirmaciones en cada categoría. En términos psicométricos, los clínicos deben ordenar las afirmaciones dentro de una “distribución fija” (es decir existe un número limitado de ceros, unos, siete, etc.). El uso de una distribución fija representa importantes ventajas psicométricas, pues se eliminan muchos errores de medición, inherentes a las escalas de clasificación estándar (Swapassessment.org).

Una vez llenado correctamente la interfaz del programa, se generarán tres perfiles de puntuación.

(1) Trastornos de personalidad DSM-IV (PD T-scores): Perfil que proporciona puntuación para cada trastorno de personalidad de acuerdo al DSM-IV, siendo capaz de diagnosticar trastornos y rasgos de personalidad. Los puntajes obtenidos arrojarán, o no, coincidencia con prototipos preestablecidos (basado en un consenso de expertos). Aquellos que presenten un puntaje superior o igual a 60 ($T \geq 60$) recibirán dicho diagnóstico de personalidad; por otro lado puntajes de 55 a 59 ($T \geq 60$) se entenderán como rasgos de personalidad y puntajes inferiores a 55 no cumplirán siquiera para el rasgo de personalidad. Finalmente PD T-scores presenta un índice de salud psicológica (High-Fx), el cual evalúa fortalezas y limitaciones psicológicas del individuo, el cual también está basado en un prototipo óptimo; este rubro puede ser considerado como un análogo de la escala de funcionamiento global del DSM-IV. Puntajes de 50 indicarán un nivel promedio de funcionamiento, 40 o menos serán correlacionados con patología grave de la personalidad y puntajes superiores a 60 se traducirán en importantes recursos y capacidades psicológicas. **(2) Síndromes de personalidad SWAP (Q-factor T scores):** Este perfil proporciona puntajes para un conjunto alternativo de síndromes de personalidad que se identificaron empíricamente. **(3) Puntajes de factor T (Factor T-Scores):** Este perfil proporciona puntajes para doce factores de personalidad (dimensiones de rasgo) identificados a

través del análisis factorial del conjunto de elementos SWAP-200. Las puntuaciones factoriales complementan la visión diagnóstica al resaltar áreas específicas de funcionamiento psicológica (Shedler, 2009).

6.5.3 Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva presente en una persona. El instrumento es auto aplicable, y consta de 21 reactivos, cada cual con cuatro afirmaciones que describen el espectro de gravedad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la gravedad máxima del síntoma. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) auto aceptación, 8) auto acusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática, y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de Depresión Mayor. El instrumento ha mostrado tener validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación, y la versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original (1-2).

Interpretación:

- a) De 0-7 puntos. Ausencia de Depresión.
- b) De 7-14 puntos Síntomas depresivos que ameritan tratamiento.

c) De 14 o más puntos Alta probabilidad de Depresión Mayor.

6.5.4 Escala de discapacidad de Sheehan (SDS de acuerdo a sus siglas en inglés)

La SDS por sus siglas en inglés (Sheehan Disability Scale. Sheehan, 1983) es una escala análoga visual de 10 puntos que utiliza claves viso-espaciales, numéricas y descriptores verbales para evaluar la discapacidad en tres dominios (trabajo, vida social y vida familiar). Los tres reactivos se sumarán para un total de deterioro funcional que va de 0 (sin deterioro) a 30 (alto deterioro). La SDS es un instrumento válido y confiable con una sensibilidad de 0.83 y especificidad de 0.69, y un $\alpha = 0.89$ para cada reactivo/dimensión (Sheehan, Sheehan-Harnett, & Raj, 1996).

7 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

En primer lugar se solicitó vía correo electrónico al autor original de la escala HSNS (Dr. Jonathan Cheek) su permiso para traducir la escala –a lo que amablemente dio su consentimiento e inclusive facilitó material bibliográfico para enriquecer el marco teórico del presente documento-, posteriormente se practicó el proceso de traducción-retraducción de la escala original HSNS, apeándose de la forma más cercana a la guía “*Principles of good practice for the translation and cultura adaptation process for patient-reporte outcomes (PRO) measures*” del 2005. Se tradujo la escala original de la lengua Inglesa al español, evitando el uso de jerga y usando palabras de dominio general de nuestra población. Después se entregó a dos retraductores, especialistas en salud mental bilingües, quienes retradujeron al inglés. El resultado final se comparó con la escala original, la cual fue revisado por el tesista, tutores (que eran ciegos al proceso) y colaboradores retraductores; todos concluyeron de forma unánime, que la escala era un instrumento comprensible en nuestro idioma y equivalente a la versión original.

Para el estudio psicométrico se incluyeron principalmente pacientes de la clínica de TLP y/o psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría: “*Ramón de la Fuente Muñiz*”. Algunos contaban ya con la entrevista SWAP-200, los que no contaban con esta fueron entrevistados de forma rutinaria en la clínica de TLP, en valoración de primera vez -el protocolo de la clínica consta de una entrevista de 60-90 min y la aplicación de una batería de escalas clinimétricas que incluyen el inventario de organización de personalidad 2000 -IPO 2000 por sus siglas en Inglés- (Clarkin ,Foelsch y Kernberg, 2000) o el SCID II, etc.– Derivado de esta profunda evaluación focalizada en la personalidad, se procedía a responder el SWAP-200 de forma retrospectiva en un tiempo promedio de 45-60 min, procurando no demorar más de 24 hrs en su ejecución para disminuir el riesgo del sesgo en la memoria. Por otro lado, se invitó a pacientes fuera de la clínica de TLP o psicoterapia que ya tuvieran SWAP-200 (mayormente de la consulta externa general) –se consultó base de datos del SWAP-200 de la institución- y a través de dicha base y con asistencia del sistema institucional, se procedió a localizar los expedientes de aquellos pacientes previamente evaluados con este instrumento, se analizaron las características de estos paciente y se depuró la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión/exclusión. Posteriormente, a todos los candidatos se les explicaron los objetivos del protocolo de estudio, en qué consistía su participación y aquellos que aceptaron, firmaron un consentimiento informado, solamente una paciente declinó formar parte del estudio, puesto que contaba con tiempo limitado para realizar escalas complementarias. Finalmente, se procedía a la aplicación de las escalas: Inventario de depresión de Beck, HSNS versión en español mexicano e inventario de discapacidad. Durante el primer contacto con los potenciales participantes, siempre se acudió dentro de tiempo previo o posterior a alguna intervención regular de la institución, nunca localizándoles a domicilio o telefónicamente a través de sus datos personales. Solamente una paciente, que ya contaba con

SWAP-200, declinó participar en el protocolo debido a que contaba con tiempo limitado para resolver los inventarios.

8 ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos se capturaron en Microsoft Excel y se exportaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS-X versión 21 para Windows, P.C.

Primeramente se describieron las características sociodemográficas y clínicas (incluyendo puntuaciones en las dimensiones del SWAP-200 y del HSNS) del total de la muestra utilizando medias, desviaciones estándar y rangos para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas.

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio de componentes principales con rotación varimax (normalización Varimax con Kaiser) para determinar el número de dimensiones con valores eigen superiores a 1, así como los reactivos incluidos en cada factor. Se analizó la consistencia interna de cada factor y del total de la escala utilizando la prueba de Cronbach.

Se determinó la validez convergente usando el SWAP-200, con base en la relación entre la puntuación total del HSNS con las diferentes subescalas diagnósticas y de rasgo del SWAP mediante correlaciones de Pearson. Así también, la validez divergente ente la puntuación total del HSNS y el Índice de Salud Psicológica del SWAP-200; y la validez convergente con sintomatología depresiva y discapacidad. En todos los casos se hizo por medio de pruebas de correlación de Pearson.

La comparación de puntuaciones totales en las escalas diagnósticas SWAP. De sintomatología depresiva y discapacidad entre pacientes con alto y medio puntaje en HSNS se realizó a través de pruebas t de Student para muestras independientes.

Finalmente, la comparación del número de casos con narcisismo de características malignas, o con narcisismo sin características malignas, o sin narcisismo de acuerdo con el SWAP, entre pacientes con medio y alto puntaje HSNS se llevó a cabo mediante pruebas chi cuadrada.

En todos los casos, los niveles alpha prefijados fueron del 95%.

9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio se realizó apegado a los principios éticos y científicos para la investigación en seres humanos de acuerdo con la declaración de Helsinki. En relación con esto el titular del proyecto se inscribió, cursó y aprobó un curso en línea de bioética del *National Institutes of Health* (NIH).

Los y las pacientes fueron invitados a participar en el protocolo de tesis, explicándoles la importancia de la investigación en los trastornos de personalidad y el beneficio que representaría cualquier hallazgo en su diagnóstico e historial clínico, informándoseles que cualquier resultado en su caso particular se haría de su conocimiento y/o confiaría a su terapeuta o médico tratante para mejorar la calidad en su atención. Se proporcionó para su conocimiento y mayor comprensión un consentimiento informado que resultó claro, libre de terminología médica tediosa. No se contactó a ningún paciente fuera de sus citas habituales en la institución, ni se practicaron estrategias coercitivas o de influencia indebida para el convencimiento de su inclusión en el protocolo. Se les abordó en relación con su asistencia habitual a consultas subsecuentes, con el cuidado necesario para no obstaculizar su atención regular.

Toda la información obtenida fue resguardada en un archivero dentro del INPRFM bajo llave, al que solo tienen acceso el tesista y sus coordinadores. La confidencialidad fue prioridad en todo momento y se solicitó permiso a los participantes para el reporte de resultados.

10 RESULTADOS

10.1 Descripción de la muestra

La muestra final estuvo comprendida por 50 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. En la Tabla 1.1 y 1.2 se muestran sus características socio demográficas y clínicas.

Tabla 1.1. *Datos sociodemográficos de la muestra (n=50).*

Variable	Medida descriptiva
Datos demográficos	
Edad (media \pm DS, rango)	36.12 \pm 11.66 (18-60)
Género (n) %	
Masculino	(8) 16%
Femenino	(42) 84%
Estado civil (n) %	
Soltero(a)	(12) 24 %
Casado(a)	(33) 66 %
Divorciado(a)	(3) 6 %
Unión libre	(2) 4 %
Nivel Socioeconómico (n) %	
Nivel 0	(1) 2.0 %
Nivel 1	(4) 8.0 %
Nivel 2	(12) 24.0 %
Nivel 3	(28) 56.0 %
Nivel 4	(3) 6.0 %
Nivel 5	(1) 2.0 %
Escolaridad (n) %	
Sin estudios	(0) 0.0 %
Primaria	(2) 4.0 %
Secundaria	(4) 8.0 %
Bachillerato/Carrera técnica	(20) 40.0 %
Licenciatura	(17) 34.0%
Maestría	(6) 12.0 %

Empleo/actividad (n) %	
Desempleado	(24) 48.0 %
Empleado	(22) 44.0 %
Estudiante	(2) 4.0 %
Hogar	(2) 4.0 %
Apego a la consulta externa (n) %	
Pobre apego	(9) 18.0 %
Buen apego	(41) 82.0 %

Tabla 1.2 *Datos clínicos de la muestra (n=50)*

Variable	Medida descriptiva
Datos clínicos	
Trastornos psiquiátricos (n) %	
Trastornos afectivos	(43) 86.0 %
Trastornos ansiosos	(31) 62.0 %
T. de la conducta alimentaria	(8) 16.0 %
T. por uso de sustancias	(9) 18.0 %
Espectro obsesivo compulsivo	(1) 2.0 %
Otros	(7) 14.0 %
Comorbilidad médica (n) %	
Sin comorbilidad médica	(28) 56.0 %
Con comorbilidad médica	(22) 44.0 %

A continuación, la tabla 2, presenta las puntuaciones promedio en las escalas clínicas sujetas a estudio.

Tabla 2. Puntuaciones totales en la escala HSNS y escalas de constructos relacionados

Variable	Media + DS (rango)
Narcisismo encubierto	
Total de escala narcisismo encubierto (HSNS)	34.52 + 6.29 (22-49)
Evaluación integral de la personalidad (SWAP-200)	
Evaluación categórica (de trastornos y rasgos de acuerdo a criterios del DSM-IV)	
Trastorno paranoide	50.52 ± 8.07 (35.4-67.4)
Trastorno esquizoide	45.45 ± 5.35 (35.4-56.8)
Trastorno esquizotípico	48.54 ± 5.86 (33.6-61.5)
Trastorno antisocial	52.98 ± 8.05 (36.0-69.1)
Trastorno límite	59.88 ± 10.36 (35.5-73.3)
Trastorno histriónico	56.70 ± 8.40 (36.9-72.5)
Trastorno narcisista	52.40 ± 8.98 (35.1-69.5)
Trastorno evitativo	44.38 ± 6.15 (30.8-57.0)
Trastorno dependiente	47.99 ± 8.03 (33.6-66.8)
Trastorno obsesivo	41.99 ± 7.87 (29.2-69.2)
Trastorno depresivo	46.63 ± 7.04 (33.9-61.4)
Trastorno pasivo-agresivo	46.90 ± 9.04 (24.4-64.3)
Índice de salud psicológica	45.24 ± 9.52 (34.9-71.9)
Sintomatología depresiva	
Total inventario depresión de Beck	22.66 ± 12.80 (1-47)
Discapacidad (Inventario de discapacidad de Sheehan)	
Total de discapacidad (0-30 puntos)	18.18 + 7.77 (0-30)
Discapacidad laboral	6.32 + 3.13 (0-10)
Discapacidad social	6.16 + 2.80 (0-10)
Discapacidad familiar	5.70 + 2.80 (0-10)
Estrés percibido	6.08 + 2.70 (1-10)
Apoyo percibido (%)	66.00 + 28.99 (0-100)

10.2 Evaluación psicométrica:

10.2.1 Validez factorial del HSNS

El análisis factorial de los reactivos del HSNS arrojó tres factores principales con valores eigen superiores a 1, explicando juntos el 61.53 % de la varianza total de la prueba. En la Tabla 3 se presentan en negritas las cargas factoriales superiores de los reactivos de acuerdo con las dimensiones obtenidas en este estudio. Cuando aparecen otras cargas factoriales (no en negritas) es para dar a conocer las obtenidas en nuestra muestra en factores en donde fueron las superiores en estudios antecedentes. Por ejemplo, aunque en este estudio el reactivo 5 obtuvo su carga factorial más elevada para la dimensión de hipersensibilidad, en el estudio español de Ripoll de 2008 aplicado a pacientes con dependencia a sustancias (N = 79), y en la tesis doctoral de Arble (2008) aplicada a una muestra de 298 estudiantes de psicología de la Universidad de Michigan, este reactivo se agrupa más bien en la dimensión de ensimismamiento; en nuestra muestra presentó una carga de tan solo .243.

Tabla 3. *Validez factorial del HSNS*

No. Ítem HSNS	Dimensiones HSNS		
	Hipersensibilidad	Egoísmo	Ensimismamiento
HSNS 1: Puedo llegar a estar totalmente ensimismado o ausente, pensando en mis asuntos personales, preocupaciones, condición de salud o mi relación con los demás.			.531
HSNS 2: Mis sentimientos se ven fácilmente heridos. Me llevo a sentir fácilmente avergonzado/apenado si soy exhibido por otros o ante la mínima crítica o comentario.	.844		
HSNS 3: Cuando entro a algún lugar lleno de personas (habitación, salón, etc.) me siento apenado/avergonzado y siento como si todos me estuvieran mirando.	.772		
HSNS 4: No me gusta compartir el crédito de mis logros con los demás.		.624	
HSNS 5: No me siento a gusto cuando estoy en un grupo de personas; a menos que sepa que por lo menos uno de ellos/ellas me aprecia.	.729		.243
HSNS 6: Siento que mi carácter es diferente al de la mayoría de las personas.	.028		.829
HSNS 7: Suelo tomarme personal (a pecho) el comentario de los demás.	.697		
HSNS 8: Fácilmente me veo envuelto en mis propios intereses y me olvido de la existencia de los demás.		.671	.365
HSNS 9: Siento que ya tengo suficiente con mis problemas, como para cargar con el de los demás.		.758	
HSNS 10: En el fondo me molesta que otras personas lleguen a mí con sus problemas, esperando mi tiempo y comprensión.		.747	

10.2.2 Consistencia interna del HSNS

En el análisis de consistencia interna se obtuvo una Alpha de Cronbach total de .686. Por su parte, la dimensión de hipersensibilidad en este estudio (reactivos 2, 3, 5 y 7) obtuvo una consistencia interna e .767; la dimensión de egoísmo (reactivos 4, 7, 9 y 10) de .698; y la de ensimismamiento (reactivos 1 y 6) de .409.

10.2.3 Validez convergente y divergente del HSNS y el SWAP-200

En la tabla 4 se presentan los coeficientes de correlación entre el total del HSNS y los totales de las diferentes subescalas diagnósticas del SWAP (validez convergente), así como el total del Índice de salud psicológica del SWAP (validez divergente).

Tabla 4. Validez convergente y divergente del HSNS y el SWAP-200

Subescala SWAP-200	Correlación con total HSNS
Puntuación para trastorno paranoide	$r = .357, p = .011$
Puntuación para trastorno esquizoide	NS
Puntuación para trastorno esquizotípico	NS
Puntuación para trastorno antisocial	$r = .402, p = .004$
Puntuación para trastorno límite	$r = .381, p = .006$
Puntuación para trastorno histriónico	$r = .375, p = .007$
Puntuación para trastorno narcisista	$r = .349, p = .013$
Puntuación para trastorno evitativo	NS
Puntuación para trastorno dependiente	NS
Puntuación para trastorno obsesivo	$r = -.358, p = .011$
Puntuación para trastorno depresivo	NS
Puntuación para ts. pasivo-agresivo	$r = .284, p = .045$
Índice de salud psicológica	$r = -.416, p = .003$

Nota: NS: No significativo.

Por su parte, la Tabla 5, presenta las correlaciones entre los totales del HSNS y de las escalas de sintomatología depresiva y discapacidad (validez convergente).

10.2.4 Validez convergente con sintomatología depresiva y discapacidad

Tabla 5. *Validez convergente con sintomatología depresiva y discapacidad*

Sintomatología depresiva y discapacidad	Correlación con total HSNS
Total en Inventario de depresión de Beck	$r = .57, p = .0001$
Total en Inventario de discapacidad de Sheehan	$r = .504, p = .0001$
Discapacidad laboral	$r = .398, p = .004$
Discapacidad social	$r = .507, p = .0001$
Discapacidad familiar	$r = .445, p = .001$

10.2.5 Perfil diagnóstico SWAP, de síntomas depresivos y de funcionalidad de pacientes con puntajes altos y medios en la escala HSNS

Como era de esperarse, de los 50 pacientes incluidos en este estudio, solo 3 (6%) obtuvieron un puntaje bajo en el HSNS (de 23 o menos); la mayoría ($n=26, 52\%$) tuvo una puntuación media (entre 24 y 36), y 21 (42%) un total en HSNS alto (37 o más).

La tabla 6. Ofrece los resultados estadísticamente significativos (y con tendencia a significancia) al comparar los totales en las escalas diagnósticas del SWAP-200, de sintomatología depresiva y de discapacidad entre los pacientes con medio y alto puntaje HSNS. En el resto de los diagnósticos SWAP-200 no hubo diferencias significativas entre los dos grupos.

Tabla 6. Perfil diagnóstico SWAP, de síntomas depresivos y funcionalidad de pacientes con puntajes altos y medios en la escala HSNS

	Media+DS en pacientes con puntaje ALTO HSNS n=21	Media+DS en pacientes con puntaje MEDIO HSNS n=26	Comparación
Puntaje trastorno narcisista en SWAP-200	55.61 ± 9.32	49.67 ± 7.91	t=2.32 gl=39.36 p=.025
Puntaje trastorno antisocial en SWAP-200	56.42 ± 7.82	50.44 ± 7.25	t=2.69 gl=41.41 p=.010
Puntaje Inventario de depresión de Beck	30.71 ± 10.57	17.46 ± 11.50	t=4.10 gl=44.19 p=.0001
Total de deterioro funcional (SDS)	21.71 ± 5.05	16.50 ± 8.38	t=2.50 gl=45 p=.016
Ítem discapacidad familiar (SDS)	6.86 ± 2.33	5.15 ± 2.85	t=2.25 gl=44.98 p=.029
Ítem discapacidad laboral (SDS)	7.43 ± 2.39	5.85 ± 3.35	t=1.88 gl=44.42 p=.066
Ítem discapacidad social (SDS)	7.43 ± 1.83	5.50 ± 3.08	t=2.52 gl=45 p=.015

Nota: SDS: Sheehan Disability Scale (Escala de discapacidad de Sheehan)

10.2.6 ¿Narcisismo vulnerable o maligno?

De la muestra total de 50 pacientes, 11 fueron diagnosticados con narcisismo en el SWAP-200. De esos 11 pacientes, un total de 8 presentaron además los diagnósticos de trastorno o rasgo paranoide y/o antisocial en el SWAP-200. Algunos de ellos mostraron adicionalmente rasgos pasivo-agresivos (n=5). Esta configuración de diagnósticos y rasgos se asemeja con la definición de narcisismo maligno (NM) de Kernberg (1984). Cabe mencionar que hasta 6 de los 8 pacientes fueron clínicamente referidos como portadores de narcisismo maligno por el médico psiquiatra encargado de su evaluación en la clínica institucional (lo que se hace constar en su expediente clínico).

En la tabla 7 se describen el número de casos de narcisismo con características malignas, narcisismo sin características malignas y sin diagnóstico de narcisismo de acuerdo con el SWAP-200, y se comparan entre los pacientes con puntajes altos, medios y bajos de la escala HSNS. Destaca que la mayoría de los individuos clasificados como pacientes con narcisismo con características malignas (n=7, 87% de los casos con narcisismo con características malignas) presentaron puntajes altos en la escala HSNS, mientras que la mayoría de aquellos considerados no portadores de trastorno narcisista en el SWAP-200 (n= 24, 61% de los casos sin trastorno narcisista), obtuvieron puntuaciones medias en el HSNS ($\chi^2= 12.24$, $gl= 4$, $p=.016$).

Tabla 7. *Casos de narcisismo con características malignas, narcisismo sin características malignas y sin diagnóstico de narcisismo de acuerdo con el SWAP-200 comparado con puntajes altos, medios y bajos de la escala HSNS*

Diagnósticos de acuerdo al SWAP-200 (DSM-IV)	HSNS Bajo n (%)	HSNS Medio n (%)	HSNS Alto n (%)	Total
Características malignas	0 (0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)	8
Sin características malignas	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	3
No narcisistas	2 (5.12%)	24 (61.53%)	13 (33.33%)	39
Total	3	26	21	50

Finalmente, resulta interesante que en la muestra se encontraron a 5 individuos con alta probabilidad de psicopatía de acuerdo con el SWAP-200, y que solo uno de ellos tenía diagnósticos concurrentes de trastorno narcisista maligno; y de los 7 pacientes con rasgos psicopáticos de acuerdo al SWAP-200, solo uno tenía narcisismo de características malignas.

11 DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio arrojan que nuestra versión del HSNS resulta un instrumento válida y confiable para la evaluación del constructo narcisismo en nuestro medio. Además, hasta donde tenemos conocimiento esta es la primera adaptación del instrumento realizada en América Latina; conocíamos de una versión en Castellano realizada en Valencia, España (Ripoll, 2008), sin embargo consideramos que dicha versión no sería de utilidad en nuestro país, dados los factores histórico-sociales que han aculturado la lengua española, debido a la variabilidad y extensión de territorios, estilos de vida, así como a la posible influencia de las lenguas indígenas (de Ramírez, 1996). Cabe mencionar que tuvimos la aprobación del autor del instrumento original, el Dr. Jonathan Cheek, profesor de psicología del Wellesley College en Massachusetts, Estados Unidos.

Como se detalló en el apartado de resultados, nuestra Alfa de Cronbach total fue de .686, la cual al encontrarse cerca del 0.7 otorga una fiabilidad al instrumento de bueno a aceptable, y se asemeja a los resultados obtenidas en las validaciones realizadas en EEUU, Italia y España. Por ejemplo Cheek, en su artículo original de 1997, obtuvo cuatro Alfas de Cronbach de acuerdo a los cuatro grupos en los que dividió su muestra total, las cuales oscilaron entre 0.62 y 0.76 (promedio de 0.71); además, en su más reciente colaboración con Fossati (2009) para la validación Italiana del HSNS, que incluyó una muestra con población clínica y no clínica (N = 366 y N = 385 respectivamente), reportando Alfas de Cronbach de .71 y .69 para población clínica y no clínica respectivamente (Fossati, 2009); Ripoll, en su trabajo con sujetos portadores de trastornos adictivos (2008) y Arble, con estudiantes universitarios (2008), obtuvieron Alfas de Cronbach totales de 0.73 y 0.68 respectivamente. Cabe señalar que tanto Cheek, Fossati, Ripoll y Arble, tuvieron muestras mucho más grandes que la nuestra (ej. la muestra más grande fue la de

Fossati, que resulta quince veces más grande y aun el estudio con menor número de sujetos -de Ripoll- posee 36% más de sujetos).

En lo que respecta al análisis factorial por reactivos, nuestro estudio arrojó tres factores principales, tal y como sucedió en los estudios de Arble y Ripoll; esta última propuso las dimensiones de hipersensibilidad, egoísmo y ensimismamiento -que curiosamente Hendin y Cheek en el estudio original de 1997 o en la validación con Fossati de 2009 no se generaron (en el análisis de Fossati se generaron dos dimensiones: Hipersensibilidad a la crítica y egocentrismo). Dada la similitud al estudio de Valencia, España (Ripoll, 2008), decidimos nominar nuestras dimensiones igual que ellos (hipersensibilidad, con consistencia interna de .767: ítems 2, 3, 5, y 7; egoísmo, con una consistencia interna de .698: ítems 4, 7, 9 y 10 y ensimismamiento, con una consistencia interna .409: ítems 1 y 6). Derivada de la tan baja consistencia interna de la dimensión ensimismamiento, probamos eliminar de la escala los ítems 1 y 6 juntos o de forma independiente, sin lograr un incremento en el Alfa de Cronbach total, por lo que decidimos mantenerlos. Con respecto a los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10 de nuestra versión de HSNS, no hubo diferencia sobre como se distribuyeron las cargas factoriales en comparación a los estudios que generaron tres dimensiones; sin embargo los reactivos 5, 6 y 8 en algunos casos sí se agruparon de forma diferente. En lo que respecta al ítem 5: *“no me siento a gusto cuando estoy en un grupo de personas; a menos que sepa por lo menos uno de ellas/ellos me aprecia”*, la carga factorial más alta fue de .729 y se acomodó en la dimensión de hipersensibilidad, mismo que sucedió en el estudio de Arble que puntuó .63 en esta dimensión o para Fossati y colaboradores (2009) quienes catalogaron este ítem en el apartado de “hipersensibilidad a la crítica”, por su parte para Ripoll y colaboradores la mayor carga se presentó en la dimensión de ensimismamiento con .596 - para nosotros esta dimensión solo generó una carga de .243 -.

Consideramos como una fortaleza el hecho de que este ítem se haya agrupado igual a los estudios de Arble y Fossati –el último con la colaboración de Cheek y de una N total de 751 sujetos-. Además el hecho de que el estudio de Arble usara la escala en su idioma original, elimina el factor cofusor de que el ítem pudiese haber sido mal interpretado por un error en su traducción y por ende la agrupación igual a la nuestra invita a pensar que la comprensión de nuestro ítem en hispanoparlantes fue la adecuada; por último cabe señalar que Ripoll usó una muestra menor a los otros dos estudios comentados y resulta interesante que llega a usar el concepto de ensimismamiento como un sinónimo de egocentrismo (ver más adelante definición de ensimismamiento). En cuanto al Ítem 6: “*Siento que mi carácter es diferente al de la mayoría de las personas*”, nuestra carga factorial fue de .829 y se agrupó en la dimensión de ensimismamiento; sin embargo para la versión española este ítem se acomodó en la dimensión de hipersensibilidad (con cargas de .587) al igual que para la versión italiana, e interesadamente para Arble fue catalogado como un ítem “no particularmente confiable”, por lo que fue omitido dada su baja correlación total entre ítems (tan solo de 0.2) y beneficiando el Alfa de Cronbach total de .68 a .82. A nuestro entender este ítem parece general y puede prestarse a diversas interpretaciones, por ejemplo partiendo de la definición de la RAE de la palabra ensimismamiento; “1. m. *Acción y efecto de ensimismarse*. 2. *Fil. Recogimiento en la intimidad de uno mismo, desentendido del mundo exterior*” (de la Lengua Española, R. A, 2016). Cobraría sentido, desde la vivencia de un individuo hipersensible a las evaluación negativa, que considera que tiene un “carácter especial” -*Self grandioso*, aunque dependiente de la admiración de terceros, vulnerable al rechazo y tendiente a la autodevaluación (Kernberg, 1975, p. 295)-, y que teme terriblemente al fracaso, contrario a aquella faceta grandiosa que intenta por todos los medios reafirmarse frente al otro, que opte por defenderse mediante el aislamiento del exterior,

cobijándose en su experiencia interna y sus sentimientos de perfección (Eidlin y Bernardi). Por otro lado nos parece forzado que un ítem que habla de cómo el individuo califica su carácter, pueda ser trasladado al terreno de como reacciona ante ciertos eventos; sin embargo solo podremos clarificar esta duda preguntando a quienes se aplica la escala que entienden del ítem, ¿dónde lo clasificarían ellos? y después plantearles algunas hipótesis fundamentadas en cada una de las tres dimensiones que obtuvimos. Finalmente, consideramos que este ítem sí posee un papel valioso para la escala ya que en nuestro caso eliminarlo no otorgó ningún beneficio para la consistencia interna e incluso la versión extendida del HSNS de 23 ítems (escala de narcisismo encubierto desadaptativo) revalidó su uso (Cheek, 2013). En lo que respecta al ítem 8: *“Fácilmente me veo envuelto en mis propios intereses y me olvido de la existencia de los demás”*, nuestra mayor carga fue de .671 que agrupó al ítem en la dimensión de egoísmo; sin embargo para Ripoll se orientó en la de ensimismamiento (carga de .803, mientras que la nuestra en esta dimensión fue tan solo de .365), para Arble en la dimensión de hipersensibilidad (carga de .83) y para Fossati en la dimensión de egocentrismo (carga de .56). El contenido de este ítem invita a que podríamos adentrarnos a una discusión similar a la del número 6, sin embargo, y aunque parece claro que la primera parte de la frase está definiendo el concepto de ensimismamiento; en su segunda parte *“y me olvido de la existencia de los demás”*, presenta lo que podría ser interpretado como un acto derivado del egoísmo. En base a lo anterior consideramos que este ítem puede ser agrupado en cualquier de estas dos dimensiones.

Como se presenta en la tabla 4, obtuvimos una correlación positiva significativa entre los puntajes totales del HSNS y los diagnósticos de trastornos de personalidad paranoide, antisocial, límite, histriónico, narcisista y pasivo-agresivo, generados por el SWAP-200. Así como correlación negativa significativa con el diagnóstico de personalidad obsesivo-compulsivo y el

índice de salud psicológica dados también por el SWAP-200. Dichos resultados se asemejan a los hallazgos de Ripoll y colaboradores (2008), quienes también trabajaron con una muestra clínica, reportando correlación de su versión del HSNS con aquellos individuos con trastorno límite de personalidad, trastorno narcisista de personalidad, trastorno pasivo-agresivo de personalidad e individuos con conducta antisocial solo en la edad adulta; aunque no encontraron diferencias significativas con el trastorno histriónico de personalidad. Por otra parte su versión del HSNS correlacionó ligeramente con la gravedad de acuerdo a la EEAG (escala de evaluación de la actividad global; APA, 2003), que como comentamos antes es equiparable al índice de salud psicológica. Fossati y colaboradores (2009) también usaron el SCID II en su validación del HSNS y obtuvieron asociaciones significativas con el trastorno antisocial de personalidad, trastorno límite de personalidad, trastorno paranoide de personalidad, trastorno pasivo-agresivo de personalidad, trastorno depresivo de personalidad y trastorno esquizotípico de personalidad. Como fortaleza de nuestro trabajo, consideramos la ventaja de haber utilizado el SWAP-200 en lugar de SCID II (entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV); puesto que SWAP-200 es un procedimiento que explora no solo criterios del DSM-IV, si no también la experiencia del afecto, defensas y estilo de relación objetal. Cabe añadir, que existe evidencia de su capacidad para disminuir la superposición diagnóstica entre categorías de trastornos de personalidad (disminuye de 3.3 diagnósticos de personalidad comórbidos a 2.4 por sujeto), ofrece mayor fiabilidad interevaluador (valores Kappa 0.89 vs 0.84) y presenta asociaciones más significativas con otros instrumentos que evalúan funcionamiento interpersonal (Marin-Avellan, 2005), por lo anterior hipotetizamos, que sí bien la correlación de Fossati es bastante similar a la nuestra, es posible que el haber usado SWAP-200 haya disminuido la posibilidad de otorgar significancia a otros trastornos de otros grupos de personalidad (en este

caso el trastorno esquizotípico). Por otra parte, interpretamos la no significancia de aquellos diagnósticos de personalidad que tienden a mimetizar ciertas características del narcisismo vulnerable -trastorno evitativo de personalidad, trastorno esquizoide de personalidad y trastorno obsesivo compulsivo de personalidad- (Akhtar, 2000; Eidlin y Bernardi), como una fortaleza de combinar la HSNS y el SWAP-200, esto podría hablarnos del poder diagnóstico de usar ambos instrumentos, sin embargo el hecho de que nuestra muestra clínica fuera mayoritariamente conformada por sujetos con altas probabilidades de presentar un trastorno de personalidad del grupo B, somete a juicio este hallazgo. Por último, la correlación positiva de los trastornos de personalidad que obtuvimos, no creemos que haya sido algo aleatorio, ya que posee un sentido al tomar como guía el modelo de organización de personalidad de Kernberg (ver figura 1). Dicho en otras palabras, casi todos los trastornos que se relacionaron significativamente con el HSNS, se ubicaron en un nivel de organización de personalidad limítrofe; la mayor parte en la organización límite baja, lo cual explicaría la correlación negativa del índice de salud psicológica; es decir que a mayor puntuación de HSNS, mayor probabilidad de trastornos graves de personalidad y menor salud psicológica/funcionamiento. La única excepción fue el trastorno pasivo-agresivo de personalidad (ya eliminado del DSM), el cual puede ser integrado a este modelo como un indicador de gravedad; pues niveles más bajos de organización de personalidad, se correlacionan con mayor agresión, uso de defensas primitivas, carencia de valores morales, mayor difusión de identidad y una prueba de realidad endeble. La organización límite de bajo nivel se caracteriza particularmente por la agresividad y un funcionamiento moral voluble, lo cual explica la significancia del trastorno antisocial de personalidad en nuestro estudio y el estudio italiano y español (Lenzenweger, 2005).

De acuerdo a una de las revisiones más recientes de Kernberg sobre el tratamiento de formas graves de narcisismo, llama la atención, como define las características del narcisista de “piel fina”, desmarcándose de aquellos que proponen a esta entidad casi como un fenómeno fijo e independiente del polo grandioso. Kernberg refiere que estos individuos presentan de forma simultánea una infiltración de grandiosidad patológica y agresión, en coexistencia con fragilidad estructural del Self patológico grandioso; lo que les lleva a moverse de episodios de marcada arrogancia, superioridad y devaluación con los demás, a episodios de suma autoevaluación, con sentimiento de inferioridad, humillación, tristeza y conducta suicida. Dichos cambios podrían ocurrir de forma rápida y frecuente, muchas veces motivados por situaciones que podrían parecer menores, sin embargo sometidas a su óptica hipersensibilidad, estos sujetos llegan a vivenciar dichos eventos forma intensa y polarizada; como triunfos o fracasos. También, Kernberg señala una marcada difusión de identidad en estos individuos, lo cual nos invita a pensar que esta forma de narcisismo, que aun no ha sido caracterizada en el modelo de organización de personalidad de 1976, se trata de una presentación grave, que oscila entre la organización de personalidad límite alta y baja, llegando a desplegar relevantes características paranoides y sádicas egosintónicas durante el tratamiento, e incluso en algunos casos puede llegar a aproximarse y comportarse como la forma más grave de narcisismo (NM) (Kernberg, 2014). En nuestro estudio, esto cobra especial sentido, cuando vemos que de los 8 individuos de nuestra muestra que presentaban características malignas, 7 arrojaron puntajes HSNS significativamente altos (>37 puntos).

Por lo anterior, no nos sorprende que aquellos individuos que en nuestro estudio (ver tabla 6) puntuaron con HSNS altos (37 puntos o más), presentaban por lo menos rasgos antisociales de personalidad en el SWAP-200 (56.42 ± 7.82), mientras que los pacientes con puntajes de HSNS medios (entre 24 y 36 puntos) no siempre (50.44 ± 7.25). Derivado de este hallazgo, podemos

decir que la diferencia entre tener un puntaje HSNS medio contra un puntaje alto, puede indicar, de forma indirecta, si un individuo presentará un trastorno/rasgos de personalidad antisocial o no. Otro aspecto interesante de este corte (HSNS medios vs altos), fue aquel observado en el rubro de la discapacidad (puntajes totales promedio de la escala SDS). Aquí llamó nuestra atención que la media de diferencia de puntajes en el SDS entre sujetos con puntuaciones HSNS altas y medias fue de 21.71 ± 5.05 vs 16.50 ± 8.38 respectivamente. Para poner esto último en perspectiva, mencionaremos los hallazgos de León y colaboradores (1997), quienes usando una muestra de 1001 pacientes, en una unidad ambulatorio de atención primaria (pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos), reportaron una media de 6.08 ± 7.00 . La media de sujetos que no padecían alguno de los seis trastornos psiquiátricos evaluados fue tan solo de 3.68 ± 5.04 . A su vez, en un estudio realizado en Barcelona en el año 2010, los autores de esta investigación determinaron que el punto de corte del SDS para considerar de forma indirecta que un paciente se encuentre deprimido fue de 8 (Luciano, 2010). Por último, la diferencia entre individuos con puntajes de HSNS medios y altos, también generó significancia sobre los puntajes totales promedio obtenidos en el inventario de depresión de Beck (BDI por siglas en inglés). Aquí observamos que sujetos con HSNS que fueran calificados con 37 o más puntos ($n= 21$) presentaron en el BDI una media de 30.71 ± 10.57 contra 17.46 ± 11.50 de los que puntuaron entre 24 y 36 puntos en el HSNS. Lo anterior resulta relevante al momento de evaluar los puntos de corte establecidos para el BDI (0-13 indican depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave) (Sanz, 2014), donde la diferencia entre tener un HSNS medio y un HSNS alto, podría traducirse entre el estar cursar con un episodio depresivo leve-moderado frente al cursar con un episodio depresivo moderado-grave, por lo que será sumamente importante explorar riesgo suicida en todo aquel individuo que presente un HSNS de

más de 37 puntos. Interpretando de forma textual los resultados previamente referidos, estaríamos hablando de que por lo menos el 94% de nuestra muestra, se encontraría cursando un episodio depresivo mayor (42% sintomatología depresiva moderada-grave). Sin embargo, resulta interesante que nuestra muestra fue obtenida casi en su totalidad de la Clínica de TLP del INPRFM, misma que solicita a sus interconsultantes estrictos criterios de inclusión para garantizar pacientes estables que puedan recibir psicoterapia; uno de estos criterios es precisamente el no encontrarse cursando con sintomatología depresiva moderada-grave. Esto último nos lleva a desconfiar del BDI como un instrumento fiable para discernir entre la depresión clínica y caracterológica en esta población. Además, contextualizando que gran parte de estos sujetos, presentan rasgos/trastorno antisocial, no podemos dejar de sospechar de simulación y parasitación de los sistemas de salud.

Limitaciones

Como principal limitante consideramos el tamaño de nuestra muestra, el solo haber obtenido la muestra de una clínica y no comparar/estudiar población no psiquiátrica, así como la versión extendida del instrumento.

12 CONCLUSIÓN

Nuestra versión en español del HSNS arrojó datos relevantes sobre la validez y confiabilidad del mismo, con adecuada consistencia interna, validez factorial y validez externa. Consideramos que esta escala podría ser una herramienta valiosa para tamizar la dimensión de narcisismo vulnerable en población clínica, además de predecir características narcisistas malignas, rasgo/trastorno antisocial de forma indirecta, sospechar de depresión caracterológica y sujetos

con riesgo suicida; aun en ausencia de un episodio afectivo mayor. Todo lo anterior cobra relevancia al considerar que los clínicos contarían con una nueva herramienta -basada en evidencia- que les permitiría sospechar de un constructo pocas veces considerado y así orientar sus tratamientos de una forma más efectiva; incluso creemos que su uso podría reducir sufrimiento y costos a pacientes e instituciones, sin embargo serían aspectos a estudiar de forma secundaria.

Finalmente, y como propusimos en la hipótesis, aquellos sujetos con puntajes altos del HSNS presentaron una correlación positiva a trastornos graves de personalidad –diagnósticos de acuerdo al SWAP-200-, que a su vez pudimos explicar dentro del modelo de organización de personalidad propuesto por Kernberg. Esto último nos pareció interesante, ya que el HSNS no es un instrumento basado en la teoría de las relaciones objétales y el SWAP-200 tampoco, aunque si presenta algunos elementos dentro de la dimensión que evalúa. La aportación de este hallazgo creemos otorga fortaleza al constructo en cuestión y nos invita a seguir estudiándolo. Queda pendiente mayor investigación sobre el narcisismo vulnerable y la dimensión narcisista en general; en nuestro caso tenemos la inquietud de valorar si alguna de las 3 dimensiones de nuestra escala se asocian más a rasgos/trastorno antisocial, aplicar la escala a una muestra no clínica, comparar los resultados con un muestra clínica, así como validar la escala extendida del 2013 (23-ítems).

13 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Akhtar, S (2000). The shy narcissist. In J Sandler, R. Michels, and P. Fonagy (Eds.), *Changing Ideas in a Changin World: The Revolution in Psychoanalysis-Essays in Honour of Arnold Cooper* (pp. 111.119). Karnac Books.
- 2.- Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *The American journal of psychiatry*.
- 3.- Arble, Eamonn Patrick, "Evaluating the Psychometric Properties of the Hypersensitive Narcissism Scale: Implications for the Distinction of Covert and Overt Narcissism" (2008). *Master's Theses and Doctoral Dissertations*. Paper 236.
- 4.- BECK A: Inventario de Depresión de Beck. *Arch Gen Psych*, 4: 561- 571, 1961; TORRES M, HERNÁNDEZ E Y ORTEGA H: Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14, 1-6, 1991.
- 5.- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 108-117.
- 6.- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C. & O'Neill, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.
- 7.- Cheek, J. M., Hendin, H. M., & Wink, P. M. (2013). An expanded version of the hypersensitive narcissism scale: The maladaptive covert narcissism scale. In meeting of the Association for Research in Personality, Charlotte, NC.
- 8.- Crocker, L. M., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory* (Vol. 6277). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 9.- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.

- 10.- Eidlin, M., & Bernardi, R. Narcisismo de piel fina o vulnerable y narcisismo de piel gruesa o grandioso. Similitudes y diferencias.
- 11.- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- 12.- Eve Cligor, Kenneth N. Levy, PhD, Frank E. Yeomans, MD, Ph.D. Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and clinical Challenges. *Treatment in Psychiatry. Am J Psychiatry* 172: 5, May 2015.
- 13.- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- 14.- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.
- 15.- Fossati, A., Borroni, S., Grazioli, F., Dornetti, L., Marcassoli, I., Maffei, C., & Cheek, J. (2009). Tracking the hypersensitive dimension in narcissism: Reliability and validity of the Hypersensitive Narcissism Scale. *Personality and Mental Health*, 3(4), 235-247.
- 16.- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
- 17.- Ghaemi, S. N. (2014). DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 410-412.
- 18.- Goldner-Vukov, M., & Moore, L. J. (2010). Malignant narcissism: from fairy tales to harsh reality. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 392-405.
- 19.- Grenyer, B. F. (2013). Historical overview of pathological narcissism. *Understanding and treating pathological narcissism*, 15-26.
- 20.- Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.

- 21.- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 588-599.
- 22.- Kernberg, O. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York (Aronson) 1976.
- 23.- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. new Haven and london.
- 24.- Kernberg, O. F. (1975). A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(3), 251-275.
- 25.- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological Narcism*, New York (Jason Aronson) 1975.
- 26.- Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(5), 865-888.
- 27.- Kernberg, O. F. (2016). What Is Personality? *Journal of personality disorders*, 30(2), 145-156.
- 28.- Kernberg, O. F. Narcisismo normal y narcisismo patológico. In *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (pp. p-275).
- 29.- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger clinic*, 77(1), 1-22.
- 30.- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6.
- 31.- LIEBERMAN, M.D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology* 58:259–289.
- 32.- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005). *Major theories of personality disorder*. Guilford Press.

- 33.- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The international journal of psychiatry in medicine*, 27(2), 93-105.
- 34.- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Baron-Cohen, S., & MRC AIMS Consortium. (2011). Specialization of right temporo-parietal junction for mentalizing and its relation to social impairments in autism. *Neuroimage*, 56(3), 1832-1838.
- 35.- Luciano, J. V., Bertsch, J., Salvador-Carulla, L., Tomás, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. & Serrano-Blanco, A. (2010). Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish primary care sample. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(5), 895-901.
- 36.- Luciano, J. V., Bertsch, J., Salvador-Carulla, L., Tomás, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Serrano-Blanco, A. (2010). Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish primary care sample. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 895-901.
- 37.- Luyten, P. (2017). Personality, Psychopathology, and Health Through the Lens of Interpersonal Relatedness and Self-Definition. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 65(3), 473-489.
- 38.- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250.
- 39.- Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: is it valid, reliable and useful?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(1), 28-45.
- 40.- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

- 41.- NORTHOFF, G., HEINZEL, A., DE GRECK, M., BERMPOHL, F., DOBROWOLNY, H., & PANKSEPP, J. (2006). Self-referential processing in our brain: A meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage* 31:440–457.
- 42.- Neumann, I. D. (2008). Brain oxytocin: a key regulator of emotional and social behaviours in both females and males. *Journal of neuroendocrinology*, 20(6), 858-865.
- 43.- Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World psychiatry*, 14(2), 234-236.
- 44.- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- 45.- RAMOS JA. La validez predictiva del Inventario para la Depresión de Beck en castellano. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiátrica*, 14, 47-50, 1986).
- 46.- Ripoll, C., Salazar, J., & Bobes, J. (2010). Validez de la versión española de la Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) en una Unidad de Conductas Adictivas. *Adicciones*, 22(1), 29-36.
- 47.- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*.
- 48.- Sadock, B., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. Wolters Kluwer Health.
- 49.- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de Depresión de Beck-II”(BDI-II). *Psicología conductual*, 22(1), 37-59.
- 50.- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. Oxford University Press, USA.
- 51.- Shedler, J. & Westen, D., (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41-55.
- 52.- Shedler, J. (2009). Guide to SWAP-200 interpretation. Unpublished Draft, Revision Date, 7-29.

- 53.- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55.
- 54.- Shedler, J., and Westen, D (2018). Shedler-Westen Assessment Procedure. Lugar de publicación. Swapassessment.org. <http://swapassessment.org/about-swap/>
- 55.- Sheehan, D.V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York: Charles Scribner's Sons.
- 54.- Sheehan, D.V., & Sheehan-Harnett, R. (1996). The measurement of disability. In: *Mental Health Status, Functioning, and disabilities measures*. *International Clinical Psychopharmacology*, suppl. 3, 89-95.
- 56.- Stoeber, J., Sherry, S. B., & Nealis, L. J. (2015). Multidimensional perfectionism and narcissism: Grandiose or vulnerable? *Personality and Individual Differences*, 80, 85-90.
- 57.- Taylor, M. A., & Vaidya, N. A. (2008). *Descriptive psychopathology: the signs and symptoms of behavioral disorders*. Cambridge University Press.
- 58.- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416-425.
- 59.- Vrticka, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 212
- 60.- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71.
- 61.- Wild, D., Eremenco, S., Mear, I., Martin, M., Houchin, C., Gawlicki, M., ... & Cohen, L. (2009). Multinational trials—recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: The ISPOR patient-reported outcomes translation and linguistic validation good research practices task force report. *Value in Health*, 12(4), 430-440.
- 62.- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for

patient reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*,8(2), 94-104.

63.- Wink, P., & Gough, H. G. (1990). New narcissism scales for the California Psychological Inventory and MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 446-462.

64.- World Health Organization (Organización mundial de la salud). Beta Draft of the ICD-11

65.- Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. International Classification of Diseases. 2017 [cited 2017 Mar 2]. Available from: apps.who.int/classifications/icd11.

66.- de Ramírez, M. V. (1996). *El español de América: Pronunciación*(Vol. 1). Arco libros.

67.- de la Lengua Española, R. A. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. [Online].; 2016.

Escala HSNS V.1 Español Mexicano

Responda las siguientes preguntas, considerando en qué grado cada opción, es característica o representativa de sus sentimientos y/o comportamiento. Llene la línea en blanco junto a cada opción, seleccionando un número en base a la escala que se muestra a continuación.

- 1 = Muy en desacuerdo, muy poco característico o falso.**
- 2 = Parcialmente en desacuerdo o poco característico.**
- 3 = Neutral.**
- 4 = Característico.**
- 5 = Totalmente de acuerdo, muy característico o verdadero.**

1. Puedo llegar a estar totalmente ensimismado o ausente, pensando en mis asuntos personales, preocupaciones, condición de salud o mi relación con los demás. _____

2. Mis sentimientos se ven fácilmente heridos. Me llego a sentir fácilmente avergonzado/apenado si soy exhibido por otros o ante la mínima crítica o comentario. _____

3. Cuando entro a algún lugar lleno de personas (habitación, salón, etc.) me siento apenado/avergonzado y siento como si todos me estuvieran mirando. _____

4. No me gusta compartir el crédito de mis logros con los demás. _____

5. No me siento a gusto cuando estoy en un grupo de personas; a menos que sepa que por lo menos uno de ellos/ellas me aprecia. _____

6. Siento que mi carácter es diferente al de la mayoría de las personas. _____

7. Suelo tomarme personal (a pecho) el comentario de los demás. _____

8. Fácilmente me veo envuelto en mis propios intereses y me olvido de la existencia de los demás. _____

9. Siento que ya tengo suficiente con mis problemas, como para cargar con el de los demás. _____

10. En el fondo me molesta que otras personas lleguen a mí con sus problemas, esperando mi tiempo y comprensión. _____

ESCALA ORIGINAL EN INGLÉS HSNS (Hendin y Cheek, 1997)

Please answer the following questions by deciding to what extent each item is characteristic of your feelings and behavior. Fill in the blank next to each item by choosing a number from the scale printed below.

1 = very uncharacteristic or untrue, strongly disagree

2 = uncharacteristic

3 = neutral

4 = characteristic

5 = very characteristic or true, strongly agree

___ 1. I can become entirely absorbed in thinking about my personal affairs, my health, my cares or my relations to others.

___ 2. My feelings are easily hurt by ridicule or by the slighting remarks of others.

___ 3. When I enter a room I often become self-conscious and feel that the eyes of others are upon me.

___ 4. I dislike sharing the credit of an achievement with others.

___ 5. I feel that I have enough on my hands without worrying about other people's troubles.

___ 6. I feel that I am temperamentally different from most people.

___ 7. I often interpret the remarks of others in a personal way.

___ 8. I easily become wrapped up in my own interests and forget the existence of others.

___ 9. I dislike being with a group unless I know that I am appreciated by at least one of those present.

___ 10. I am secretly "put out" or annoyed when other people come to me with their troubles, asking me for my time and sympathy.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Nombre del estudio: Evaluación de narcisismo encubierto: Traducción al español y estudio psicométrico de la versión en español del HSNS en población clínica.

Código para el estudio: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”. De aceptar, le solicitamos su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Programa que se realizará:

El objetivo es el determinar la validez y confiabilidad del instrumento HSNS (*Escala de hipersensibilidad narcisista*) que hemos traducido de su versión original en Inglés al Español Mexicano. De acuerdo a nuestro conocimiento, este instrumento nunca antes ha sido traducido o utilizado en nuestro país o el resto de america latina.

Plan del programa:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico residente de Psiquiatría de 3er a 4to grado académico del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”, quien ocupará de treinta a sesenta minutos de su tiempo, en donde se le realizarán preguntas sobre su historial personal y familiar, las cuales no serán diferentes a las que se hacen en usuarios que son entrevistados para saber cual es su padecimiento y como poder ayudarles. Así mismo se le preguntará sobre datos clínicos y demográficos y se les aplicara la escala autoaplicable HSNS, así como la escala autoaplicable inventario de depresión de Beck y el inventario autoaplicable de calidad de vida de Sheehan; estas dos últimos estiman la presencia de sintomatología depresiva, así como la percepción individual

de su nivel de calidad de vida. La relevancia estos ultimos residen en que de forma indirecta ayudarán en el proceso de validación de la escala que hemos traducido. Por último

de no contar con la entrevista estructural de personalidad SWAP-200 en su expediente se le invitará a realizarla en una sesión adicional de 60-120 min. Dicha escala es capaz de arrojar diagnósticos contundentes de personalidad (ya sea trastornos o rasgos) y de igual forma, será utilizada para la validación de los criterios de la escala HSNS.

Pasos a seguir:

- a) Se pedirá su cooperación voluntaria como participante, pero si usted no desea participar no tiene que hacerlo; si decide no participar esto no afectará de ninguna manera su atención usual en el Instituto Nacional de Psiquiatría.
- b) Esta entrevista no tendrá ningún costo, sin embargo de determinarse que usted requiere al momento del procedimiento una valoración psiquiátrica Urgente, se le canalizará a una valoración a nuestro servicio de Urgencias (APC), misma que generaría un costo a cubrir por su cuenta.
- c) Así mismo se le solicitará su autorización, para poder acceder a su expediente clínico, con la finalidad de consultar la entrevista estructural SWAP-200 de haber sido realizada, si decide no otorgar dicho permiso, esto no afectará de ninguna manera su atención usual en el Instituto Nacional de Psiquiatría.
- d) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse del mismo en cualquier momento en que usted lo decida.
- e) En caso de presentar algún tipo de síntoma atribuido a la realización de la entrevista, podrá acudir al servicio de APC (Urgencias) de este Instituto cuyo costo de la atención será cubierto por usted de acuerdo al nivel socioeconómico que le haya sido asignado.

Beneficios:

- a) De detectarse la posibilidad de algún hallazgo relevante en las pruebas aplicadas o algún diagnóstico presuncional previamente desconocido, el investigador se pondrá en contacto con su médico tratante, para que en conjunto se le de la información, lo cual tendría un impacto positivo para su diagnóstico y tratamiento, ya que se complementaría su manejo apoyandonos en los servicios especializados para dicho diagnóstico. Sin embargo le recordamos que el instrumento solo orienta hacia una posibilidad diagnóstica, sin ser capaz de realizar diagnósticos de forma categórica.
- b) Usted de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes, a través de la validación de un instrumento clinimétrico (HSNS) que a la fecha no es usado en nuestro país a falta de una traducción válida. Dicho instrumento, una vez disponible, ayudaría a una mejor detección de un diagnóstico de personalidad que muchas veces puede pasar desapercibido. Por ende, esperamos que el uso de esta escala, ayudará al profesional en salud mental a mejorar su capacidad diagnóstica, lo cual finalmente

impactaría de forma positiva en el pronóstico de los paciente, así como la correcta orientación terapeutica.

- c) Usted no tendrá ninguna compensación económica ni de ningún tipo por participar en el estudio.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el investigador principal del estudio, el Dr. Andrés Martínez Trujillo, residente de Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*” o con el Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suarez, subdirector de hospitalización y servicio de APC (Urgencias) de la misma institución, la cual está ubicada en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

a) Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el investigador principal del estudio, el Dr. Andrés Martínez Trujillo, residente de psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”, o con el Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suarez, subdirector de la dirección hospitalización y Atención psiquiatrica continua de la misma institución, la cual está ubicada en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan.

b) AUTORIZO QUE EL INVESTIGADOR PRINCIPAL DE ESTE ESTUDIO PUEDA REVISAR MI EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA CONSULTA DE ESCALAS Y/O ENTREVISTAS ESTRUCTURALES (ESPECIFICAMENTE SWAP-200) PREVIAMENTE REALIZADAS (MARQUE CON UNA “X”)

Sí _____ No _____

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha