

Características clínicas del trastorno comórbido de la personalidad narcisística en pacientes con trastorno límite de la personalidad

Susanne Hörz-Sagstetter, PhD, Diana Diamond, PhD, John F. Clarkin, PhD,
Kenneth N. Levy, PhD, Michael Rentrop, MD, Melitta Fischer-Kern, MD,
Nicole M. Cain, PhD, and Stephan Doering, MD

From Psychologische Hochschule Berlin, Germany (S. H.-S); Department of Psychology, City University of New York (D. D.); Weill Cornell Medical College, New York, New York (D. D., J. F. C., K. N. L.); Pennsylvania State University (K. N. L.); Technische Universität München, Germany (M. R.); Medical University of Vienna, Austria (M. F.-K., S. D.); and Long Island University – Brooklyn, New York (N. M. C.).

This research was supported by grants from the National Institute of Mental Health (MH012530; PI: Levy), the International Psychoanalytic Association (PI: Levy), the Kohler Fund of Munich, the Borderline Personality Disorder Research Foundation (BPDRF; PI: Clarkin, Kernberg), the Jubiläumsfonds of the Austrian National Bank (#10636; PI: Doering), and the German Psychoanalytic Society (DPG; PI: Doering).

Este estudio examina la psicopatología y las características clínicas de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastorno de personalidad narcisista comórbido (TPN) de dos ensayos controlados aleatorizados internacionales. De una muestra combinada de 188 pacientes con TLP, 25 también cumplían los criterios para un diagnóstico comórbido de TPN de acuerdo con el DSM-IV. Los pacientes con TLP y TPN comórbido, en comparación con los pacientes con TLP sin TPN comórbido, mostraron significativamente más criterios de TLP ($M = 7,44$ vs. $M = 6,55$, $p < 0,001$), cumplían más criterios de comorbilidad histriónica ($M = 3,84$ vs $M = 1,98$, $p < 0,001$), paranoide ($M = 3,12$ vs $M = 2,27$, $p = 0,014$) y esquizotípica ($M = 1,64$ vs. $M = 1,02$, $p = 0,018$) trastornos de la personalidad y era más probable que cumplieran con los criterios para el diagnóstico de TP histriónico completo (44,0% vs. 14,2%, $p < 0,001$). El grupo TLP-TPN también reportó significativamente menos hospitalizaciones psiquiátricas en el año anterior ($M = 0,40$ vs $M = 0,82$, $p = 0,019$) y menos trastornos del eje I ($M = 2,68$ vs $M = 3,75$, $p = 0,033$). No se pudieron encontrar diferencias en el funcionamiento general, la conducta de autolesión y los intentos de suicidio.

Se ha demostrado clínica y empíricamente que la comorbilidad de la patología narcisista y límite es un factor de complicación tanto para un diagnóstico preciso como para la psicoterapia (Diamond y Yeomans, 2008; Ellison et al., 2013; Kernberg, 1984; Levy, 2012). De hecho, la experiencia clínica que implica el tratamiento de pacientes con trastornos comórbidos de personalidad límite y narcisista sugiere que esta población de pacientes plantea desafíos clínicos específicos y puede estar entre los más difíciles de tratar dentro del espectro de los trastornos de la personalidad (Kernberg, 2007;

Stone, 1990). Este estudio examina datos de pacientes con trastorno límite de la personalidad reclutados para participar en dos ensayos clínicos aleatorizados independientes (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Doering et al., 2010) y permitió el estudio de las características y diferencias clínicas del subgrupo de pacientes límite que también cumplen con patología de personalidad narcisista comórbida (de acuerdo con los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición [DSM-IV]*; Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y quinta edición

[DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013]). Los objetivos del presente estudio son examinar cómo los pacientes con TLP y un TPN comórbido (denominado TPN/TLP) se diferencian de los pacientes con TLP sin TPN comórbido en el contexto de patología límite (denominado TLP) en el número de trastornos de los ejes I y II, el funcionamiento general, así como en el uso de servicios de salud mental, las autolesiones y el comportamiento suicida.

Las características manifiestas de TPN según se definen en el DSM-IV/-5, tales como la grandiosidad, el sentido de pertenencia, la explotación de los demás, la dependencia desmedida de la admiración de los demás para regular la autoestima, los comportamientos arrogantes altivos, el exhibicionismo y la falta de empatía ya han sido confirmados por la investigación (véase Cain, Pincus y Ansell, 2008; Levy, Reynoso, Wassermann y Clarkin, 2007). Sin embargo, las formas en que el TPN se manifiesta en el contexto de la patología límite no han sido bien conceptualizadas o investigadas. En investigaciones anteriores, se ha demostrado que el TPN es muy comórbido con otros trastornos del eje II diagnosticados por el DSM, en particular los del grupo B (histriónico, límite y antisocial). En un estudio anterior, Gunderson y sus colegas encontraron que la tasa de comorbilidad del TPN con otros trastornos de la personalidad excedía del 50% (Gunderson, Ronningstam y Smith, 1995). De manera similar, Morey y sus colegas informaron de la mayor tasa de comorbilidad en el eje II de todos los trastornos de la personalidad, con un 53,1% de los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad que también cumplían los criterios de TPN, el 46% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, el 35,9% de los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad y el 35,9% de los pacientes con trastorno de personalidad por evitación (Morey, 1988). En el estudio reciente de la Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), la prevalencia de TPN en una muestra comunitaria que cumplía los criterios para el trastorno esquizotípico de la personalidad fue del 43,2%, para el trastorno límite de la personalidad fue del 38,9% y para el trastorno histriónico de la personalidad fue

del 32,4% (Stinson et al., 2008). Estos estudios se han sumado a la creciente literatura que no apoya la suelta estructura del DSM de seis trastornos de personalidad distintos.

Sin embargo, en un estudio reciente, Sharp et al. (2015), utilizando un modelo bifactor para investigar la patología del trastorno de la personalidad (TP), evaluaron los factores generales que explican tanto la varianza común compartida entre los diagnósticos del TP como las fuentes específicas y únicas de variación que pueden representar formas más específicas de patología del trastorno de la personalidad en una muestra de pacientes hospitalizados.

Curiosamente, mientras que los ítems de TLP se cargaban más fuertemente en el factor general, la carga promedio del TP narcisista en el factor general era relativamente débil, pero bastante fuerte en los factores específicos del TPN, como la grandiosidad y la arrogancia. Estos hallazgos sugieren que, si bien existe una superposición entre los dos trastornos reflejados en las altas tasas de comorbilidad, de ninguna manera son sinónimos. Dichos estudios requieren más investigación sobre la medida en que el TPN puede ser un trastorno de personalidad discreto y separado que puede afectar a la presentación y el curso del tratamiento de la patología de la personalidad.

Además, recientemente se ha prestado mayor atención a la patología narcisista como un trastorno dimensional con diversos grados de patología en las relaciones entre el yo y el objeto (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; Ronningstam, 2011; Skodol, Bender y Morey, 2014). Esto también se refleja en el DSM-5, que conserva la categoría diagnóstica de TPN sin cambios, pero en la sección III también permite diferentes niveles de gravedad de la patología narcisista, ya que los trastornos de personalidad en esta sección se caracterizan por deficiencias en el yo y en las relaciones interpersonales, el funcionamiento, la identidad, la dirección de objetivos y los rasgos patológicos de personalidad (APA, 2013). Por lo tanto, se reconoce cada vez más que el narcisismo patológico se ha hallado en varios niveles de patología y abarca deficiencias en va-

rias dimensiones. En el modelo de Kernberg (*Kernberg, 1975; 1997; 2010*), el narcisismo patológico abarca un espectro de patología desde niveles de funcionamiento superior (neurótico) hasta niveles de funcionamiento más bajo (límite) de organización de la personalidad. Los narcisistas de funcionamiento alto muestran una necesidad excesiva de admiración por parte de los demás, actitudes de pertenencia y de explotación hacia los demás, así como falta de empatía y envidia excesiva, pero pueden haber hecho un buen ajuste superficial basado en lograr la admiración de los demás y la regulación de la autoestima de un yo grandioso relativamente estable. Por el contrario, aquellos con patología narcisista organizada en un nivel límite incluyen individuos que muestran las manifestaciones típicas del trastorno narcisista de la personalidad (*Kernberg, 1997; 2007*) pero también presentan un sentido del yo inestable y no integrado que es evidente en la difusión de identidad general, la falta de tolerancia a la ansiedad y el control de los impulsos, así como fluctuaciones más drásticas en la autoestima y la regulación del afecto, a pesar de las funciones defensivas del yo grandioso.

Contribuyen a la idea de que la patología narcisista puede manifestarse de manera diferente según el nivel de organización del individuo las investigaciones, tanto clínicas como empíricas, que han identificado una amplia variación de subtipos de narcisismo patológico y de la expresión fenotípica del narcisismo. Estos subtipos o fenotipos van desde el tipo grandioso, caracterizado por la grandiosidad desenfrenada, la explotación despiadada de los demás y la arrogancia generalizada (también conocida como “narcisismo grandioso o manifiesto”) hasta el tipo vulnerable, caracterizado por sentimientos crónicos de rechazo y humillación y autoconcepto desinflado en el contexto de la preocupación por grandiosas fantasías ocultas (a menudo referidas como “narcisismo vulnerable o encubierto”) (*Akhtar, 2003; Bursten, 1973; Cain et al., 2008; Cooper, 1998; Gabbardo, 1989; Gersten, 1991; Levy et al., 2007, 2009; Ronningstam, 2005; Rosenfeld, 1987; Wink, 1991*). Sin embargo, la conexión entre estas dos descripciones fenotípicas de TPN y los trastornos particulares de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, no se ha investigado sistemáticamente.

Se han hecho algunas especulaciones de que es más probable que el tipo narcisista vulnerable caracterice a los pacientes con TPN/TLP, ya que en algunas presentaciones el narcisismo parece estar asociado con medidas de psicopatología (por ejemplo, neuroticismo) y utilización de servicios (*Ellison et al., 2013; Pincus et al., 2009; Rathvon & Holmstrom, 1996*), y en otras posiciones, parece más asociado con medidas de angustia (*Levy, 2012*). Estas investigaciones han coincidido con las observaciones clínicas de que las dimensiones de vulnerabilidad y grandiosidad en realidad pueden representar no a categorías o subtipos distintos de TPN, sino a expresiones fenotípicas que pueden proporcionar índices del nivel de gravedad de los trastornos narcisistas. La investigación más reciente se ha centrado en cómo estas dos dimensiones pueden coexistir y oscilar en diferentes patrones dentro del individuo (*Diamond y Yeomans, 2008; Ellison et al., 2013; Levy, 2012; Pincus et al., 2009*). Varios investigadores han definido la grandiosidad, incluida la explotación interpersonal, las conductas de autoengrandecimiento y las fantasías, como el rasgo definitorio central del trastorno (*Bender, Morey y Skodol, 2011; Miller et al., 2013, 2014, 2016; Perry, 2014*) ya que es más probable que la vulnerabilidad esté asociada con el deterioro general de la personalidad. En cualquier caso, se reconoce que es más probable que las personas con TPN se presenten para recibir tratamiento cuando se encuentran en un estado mental vulnerable.

Varios estudios han indicado que la autoestima inflada pero inestable y las vacilaciones entre la grandiosidad y la vulnerabilidad pueden predisponer a las personas con TPN a los trastornos del eje I. Las tasas de consumo de drogas, de trastornos afectivos y / o de trastornos de ansiedad fueron del 40%, 29% y 40%, respectivamente, entre los encuestados con TPN de por vida en el reciente estudio NESARC (*Stinson et al., 2008*). En un estudio que comparó pacientes con TPN con TPN / TLP y con pacientes con TLP solamente, los pacientes con TPN mostraron las tasas más bajas de trastornos concurrentes de los ejes I y II en comparación con los otros dos grupos (*Ritter et al., 2010*). Estudios recientes han investigado la asociación entre el temperamento depresivo y tanto la vulnerabilidad narcisista como la grandiosidad (*Kealy, Tsai y Ogrodniczuk, 2012; Tritt,*

Ryder, Ring y Pincus, 2010). Sin embargo, también se ha sugerido que aunque los rasgos narcisistas vulnerables pueden funcionar como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos comórbidos del eje I (Miller, Widiger y Campbell, 2014; Tritt et al., 2010), los rasgos grandiosos también pueden funcionar como un factor protector (Simonsen y Simonsen, 2011). De hecho, Ellison y sus colegas (2013) encontraron una asociación negativa entre el narcisismo grandioso y diferentes formas de utilización del tratamiento (por ejemplo, línea directa de crisis, hospitalización psiquiátrica). En una muestra de pacientes ambulatorios, Hilsenroth y col. (1998) encontraron que, en comparación con los pacientes con otros trastornos de la personalidad, los pacientes con TPN tenían el mayor porcentaje de abandono del tratamiento (64%). Por ejemplo, el subgrupo de individuos con TPN que no padecen trastornos depresivos comórbidos puede que no vean la necesidad de tratamiento con tanta frecuencia como los individuos con patología del eje I comórbido y, por lo tanto, pueden buscar tratamiento con menos frecuencia. Por lo tanto, podríamos esperar una menor utilización del tratamiento en pacientes con TPN / TLP que en pacientes con TLP sin TPN.

La infrecuencia de la utilización del tratamiento observada en investigaciones previas en individuos con TPN nos ha llevado a investigar en este estudio si la concurrencia de TPN en el contexto de TLP mitiga los niveles de conductas autolesivas y suicidas. Algunos estudios han mostrado diferencias en las conductas suicidas en pacientes con TPN de pacientes con otros trastornos de la personalidad. En un estudio que examinó la conducta suicida de pacientes con TPN en comparación con otros trastornos de personalidad del grupo B, los pacientes con TPN que intentaron suicidarse tienen una letalidad esperada más alta que aquellos sin TPN, incluso cuando la impulsividad en los pacientes con TLP no difirió de la impulsividad en los pacientes sin TPN. En contraste, los pacientes con TP histriónica, TP antisocial y TLP mostraron significativamente más impulsividad que los individuos sin estos diagnósticos que intentaron suicidarse (Blasco-Fontecilla et al., 2009). Se supone que el suicidio puede cumplir una función de autorregulación en pacientes con TPN (Ronningstam y Weinberg, 2013). En una pequeña

muestra clínica, Pincus et al. (2009) establecieron correlaciones positivas entre el narcisismo, evaluado por el Inventario de Narcisismo Patológico (INP) e intentos de suicidio y conductas parasuicidas. Sin embargo, se precisa una mayor investigación sobre cómo el comportamiento suicida y parasuicida se manifiesta en individuos con TPN / TLP comórbidos.

Hipótesis

En línea con los estudios revisados anteriormente que enfatizan la comorbilidad del TPN con una serie de otros trastornos de la personalidad, esperábamos que, en comparación con los pacientes con TLP sin TPN, los pacientes con TPN TLP tuvieran más probabilidades de cumplir los criterios para trastornos de personalidad comórbidos adicionales, en particular, más comorbilidad con los trastornos del grupo B que con los trastornos de los grupos A y C. Además, aunque la comorbilidad del TPN con trastornos anteriormente en el eje I se ha documentado como se ha explicado previamente, algunos estudios indican que los pacientes con TPN pueden experimentar o reportar menos síntomas de trastornos del eje I (Ritter et al., 2010); por lo tanto, esperábamos menos comorbilidad del eje I en el grupo TPN/TLP en comparación con el grupo TLP. Finalmente, en base a los estudios que muestran una asociación negativa entre TPN y uso de tratamiento, esperábamos menos uso de los servicios de salud mental y menos suicidios y conductas autodestructivas en comparación con los pacientes de TLP sin TPN comórbido.

Método

Participantes

Los diseños de los estudios se describen en detalle en otra parte (Clarkin et al., 2001; 2007; Doering et al., 2010). Todos los participantes de ambos estudios eran pacientes ambulatorios derivados clínicamente. En ambos estudios, los criterios de inclusión y exclusión fueron muy similares, con la excepción del rango de edad superior incluido (muestra Cornell-NY: hasta 50 años,

grupo Viena-Munich (VM): 45 años), que la muestra VM excluyó a aquellos con trastorno de personalidad antisocial y diferencias en la inclusión de trastornos del estado de ánimo. El estudio de Cornell-NY excluyó a aquellos con bipolar I pero incluyó bipolar II, mientras que el grupo V-M excluyó a aquellos con bipolar I y II solamente si habían tenido un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor en los últimos seis meses. Los datos demográficos combinados son los siguientes: en el estudio actual, se examinaron 188 pacientes de un total de 194 pacientes de ambos ECA ($n = 90$ del estudio Cornell-NY y $n = 104$ del estudio V-M), debido a la falta de datos de un paciente y la exclusión de cinco hombres del estudio de Cornell-NY (para una muestra más homogénea de solo mujeres). En este estudio, el 100% de los participantes eran mujeres que cumplían todos los criterios del trastorno límite de la personalidad del *DSM-IV*, con edades comprendidas entre los 18 y los 51 años (media = 28,8, DE = 7,6). De las participantes, el 39,9% estaba en pareja, el 3,7% estaba divorciada y el 56,4% eran solteras; El 53,2% de las participantes estaba empleada, el 22,3% estaba matriculada en la escuela o en un programa de formación y el 24,5% no tenía empleo. De las 188 participantes, 25 cumplían los criterios de TP /TLP (13,3% de la muestra) mientras que 163 cumplían solamente los criterios de TLP (86,7%). En el ECA de Cornell-NY, 15 de 84 pacientes (17,9%) cumplían los criterios para TPN / TLP, mientras que en el ECA V-M, 10 de 104 pacientes (9,6%) cumplían los criterios para ambos diagnósticos. No se encontraron diferencias significativas en la probabilidad de cumplir con los criterios de TPN ($\chi^2 (1) = 2,74, p < 0,10$).

Medidas

En la muestra de Cornell-NY, la patología del eje I se evaluó mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el *DSM-IV* (*SCID-I; First, Gibbon, Spitzer y Williams, 1996*) y la patología del eje II mediante el Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (*IPDE; Loranger, 1999*). En la muestra V-M, se utilizaron las versiones alemanas de las entrevistas clínicas estructuradas para el *DSM-IV* (*SCID-I y -II; Fydrich, Renneberg, Schimitz y Wittchen, 1997; Wittchen, Wun-*

derlich, Gruschwitz y Zaudig, 1997). La evaluación de los trastornos de la personalidad tanto en IPDE como en SCID-II sigue el enfoque del *DSM-IV*. La fiabilidad se estableció antes de comenzar el estudio y se monitoreó durante todo el proceso. Para obtener más detalles sobre los entrevistadores de diagnóstico, las credenciales y la capacitación del entrevistador, y los procedimientos de fiabilidad, consulte *Critchfield, Levy y Clarkin (2007)* para el estudio de Cornell-NY y *Doering y colegas (2010)* para la muestra V-M. La Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) es una escala calificada por el médico (de 0 a 100) que evalúa el funcionamiento social, ocupacional y psicológico de las personas. Se presenta y describe en el sistema *DSM-5 (APA, 2013)*. En el estudio de Cornell-NY, la conducta de autolesión y suicidio fue evaluada por la Entrevista de Cornell sobre Conducta Suicida y Autolesiva - Autoinforme (*CISSB; Levy, Meehan & Clarkin, 1998a*), adaptada de Parasuicidal History Interview (*PHI; Linehan, Wagner & Cox, 1989*), y el uso de servicios por el Inventario del Historial de Tratamiento Revisado de Cornell (*CRTHI; Levy, Meehan & Clarkin, 1998b*). En el estudio V-M, las conductas autolesivas y suicidas fueron evaluadas por la versión alemana de la *CISSB (Levy, Meehan y Clarkin, 1998a)* y el uso de servicios por la versión alemana de la *CRTHI (Levy, Meehan y Clarkin, 1998b)*.

Análisis estadístico

Antes del uso de pruebas paramétricas, se realizaron las pruebas de Levene para evaluar la homogeneidad de la varianza. Las diferencias medias entre los grupos TPN/TLP y TLP se analizaron mediante pruebas *t* de muestras independientes; para datos sin homogeneidad de varianzas, se realizaron pruebas *U* de Mann-Whitney. Todos los análisis categóricos emplearon pruebas de asociación de chi-cuadrado, y se calcularon los valores *p* de la prueba exacta de Fisher debido a los tamaños de celda relativamente pequeños. Todos los análisis fueron de dos colas y el nivel alfa se estableció en $p < 0,05$. Se reporta la *d* de Cohen para todas las pruebas *t* como una estimación del tamaño del efecto (0,20 = pequeño, 0,50 = mediano, 0,80 = grande).

TABLA 1. Diferencias entre pacientes con TPN/TLP y pacientes con TLP sin TPN

	TPN/TLP		TPN/sin TLP		t (df=186)	p	d
	(n = 25)		(n = 163)				
	M	SD	M	SD			
Patología del Eje I: n° de diagnósticos	2,68	2,16	3,75	2,33	2,15	0,033	-0,48
Patología del Eje II: n° de diagnósticos	3,72	1,02	2,20	1,03	-6,89	< ,001	1,48
TP Límite; n° que cumplían criterios	7,44	1,16	6,55	1,25	-3,33	< ,001	0,74
TP Histriónica; n° que cumplían criterios	3,84	2,21	1,98	1,89	-4,46	< ,001	0,90
TP Antisocial; n° que cumplían criterios	3,88	3,85	2,36	2,81	-1,89	0,069	0,44
TP Paranoide; n° que cumplían criterios	3,12	1,59	2,27	1,60	-2,47	0,014	0,53
	0,48	0,77	0,64	0,97	0,81	0,422	-0,18
TP Esquizoide; n° que cumplían criterios	1,64	1,52	1,02	1,15	-2,38	0,018	0,46
TP por Evitación; n° que cumplían criterios	2,00	1,71	2,44	1,83	1,12	0,266	-0,25
TP Dependiente; n° que cumplían criterios	2,16	1,57	2,11	1,61	-0,14	0,886	0,03
TP Obsesiva compulsiva; n° que cumplían criterios	2,12	1,79	1,76	1,37	-0,96	0,344	0,23
Uso de servicios de salud mental							
N° de hospitalizaciones durante el último año	0,40	0,50	0,82	1,28	2,41	0,019	-0,43
Días de hospitalización durante el último año	10,16	22,48	37,56	73,19	2,86	0,006	-0,50
Conducta autolesiva							
N° de automutilaciones	17,76	32,39	49,56	177,57	0,78	0,437	-0,25
N° de intentos de suicidios	0,44	0,77	0,79	1,47	1,20	0,231	-0,30
GAF	50,08	8,80	51,99	8,23	1,07	0,287	-0,22

Nota. d = d de Cohen, GAF: escala de evaluación global del funcionamiento. a Para facilitar la interpretación, se reportan las medias y las desviaciones estándar de los datos no transformados; sin embargo la estadística t y los valores p se reportan para los análisis posteriores a la transformación de estas variables.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo TPN/TLP y el grupo TLP en las variables sociodemográficas de edad (29,52 vs. 28,63 años; $p = 0,59$, $t = -0,544$, $gl = 186$), estado civil ($X^2 (2) = 0,23$, $p = 0,89$), o trabajo ($X^2 (2) = 1,13$, $p = 0,57$). Como se muestra en la Tabla 1, en ambas muestras, los pacientes con TPN/TLP que cumplían los criterios tanto para TLP como para TPN diferían en una serie de variables clínicas de los pacientes con TLP que no cumplían los criterios para TPN. Los pacientes con TPN/TLP reportaron *significativamente menos trastornos del eje I*. Al analizar los trastornos del eje I individualmente, solo se pudo encontrar una diferencia de grupo en el trastorno de pánico; El 0% en el grupo TPN/TLP y el 13,5% en el grupo TLP fueron diagnosticados con este trastorno ($X^2 (1) = 3,80$, p exacto de Fisher = 0,05). Como se puede ver en las primeras cuatro columnas de la Tabla 1, el grupo TPN/TLP mostró un mayor número total de trastornos del eje II y también cumplió significativamente más criterios de varios trastornos del eje II. De acuerdo con investigaciones previas (Fossati et al.,

2005; por ejemplo, Zimmerman, Rothschild y Chelminski, 2005), el TPN/TLP comórbido se asoció con más criterios de TLP, TP histriónica, TP paranoide y TP esquizotípica. Se puede observar una tendencia hacia la significación en el caso de la TP antisocial. No se encontraron diferencias entre los grupos en los trastornos de personalidad del grupo C del DSM-IV. Al inspeccionar las diferencias en términos de diagnósticos cumplidos, el 44,0% del grupo TPN/TLP también cumplió los criterios para la TP histriónica, en comparación con solo el 14,2% en el grupo TLP ($X^2 (1) = 12,93$, p exacto de Fisher = 0,001).

La parte inferior de la Tabla 1 muestra las diferencias de grupo en el uso de servicios de salud mental, comportamiento de autolesión y funcionamiento general. Los datos de hospitalizaciones en el último año, los días de hospitalización en el último año, el número de automutilaciones y el número de intentos de suicidio estaban sesgados positivamente. Por lo tanto, seguimos las pautas de Tabachnick y Fidell (2012) y realizamos transformaciones de raíz cuadrada en estas variables antes de ejecutar los análisis. Al comparar los dos grupos

en términos de número de hospitalizaciones y días de hospitalización en el año anterior, el grupo TPN/TLP reportó significativamente menos hospitalizaciones y menos días en el hospital que los pacientes TLP, en línea con los hallazgos de *Ellison y colegas (2013)*. La diferencia entre los dos grupos en la conducta de autolesión no alcanza significación estadística, aunque se puede ver en la Tabla 1 que los pacientes con TPN/TLP reportan menos automutilaciones e intentos de suicidio. La escala GAF como medida del funcionamiento general tampoco difirió significativamente entre los dos grupos (Tabla 1).

Discusión

Este estudio tiene tres hallazgos principales, que en conjunto contribuyen a nuestra comprensión de las características de los pacientes límites con una personalidad narcisista comórbida (trastorno TPN/TLP). Primero, en nuestra muestra, los pacientes TPN/TLP presentaban significativamente menos trastornos comórbidos del eje I que aquellos con TLP solamente. La única diferencia específica del trastorno del eje I entre los grupos TPN/TLP y TLP fue que menos pacientes TPN/TLP cumplían los criterios para el trastorno de pánico que los pacientes con TLP. Este hallazgo podría interpretarse como una indicación de que la patología narcisista, particularmente los altos niveles de grandiosidad (que caracterizó a esta muestra de pacientes con TPN/TLP que fueron evaluados por los criterios de TPN *DSM-IV/5*), puede tener una función estabilizadora y aumenta la capacidad para tolerar o defenderse de la ansiedad. Este hallazgo corresponde a las investigaciones de investigación de *Tritt y colegas (2010)*, quienes encontraron una relación entre el temperamento ansioso y los individuos con alta vulnerabilidad narcisista pero no con grandiosidad. Nuestros hallazgos sugieren que aquellos con TPN/TLP muestran una disminución inespecífica de la comorbilidad del eje I en lugar de patrones específicos de comorbilidad. Este nivel reducido de comorbilidad podría ser el resultado del efecto estabilizador del yo grandioso (*Ronningstam y Gunderson, 1990*), posiblemente explicado por aspectos ideales positivos inflados del yo que están rígidamente secuestra-

dos en el yo e inflan la autoestima, mientras que al mismo tiempo, los aspectos negativos del yo se proyectan implacablemente sobre los demás.

Además, los pacientes con TPN/TLP pueden tender a experimentar y sub-reportar los síntomas del eje I (*Simonsen y Simonsen, 2011*), lo que se refleja en el hallazgo de menos hospitalizaciones. Esta hipótesis está en línea con los hallazgos de *Ellison y sus colegas (2013)*, quienes reportaron menos hospitalizaciones y llamadas a la línea directa de crisis para pacientes con niveles más altos de grandiosidad narcisista. Como las medidas del DSM-IV empleadas en este estudio privilegian la grandiosidad, nuestros hallazgos pueden verse como una confirmación de los hallazgos de Ellison.

En segundo lugar, en contraste con el número reducido de trastornos del eje I, los pacientes con TPN/TLP de nuestra muestra cumplían más criterios para el diagnóstico de comorbilidad del eje II que aquellos con TLP solamente. En particular, los pacientes con TLP y TPN comórbido cumplían más criterios para los rasgos de TLP, histriónica, paranoide y esquizotípica. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que también encontraron un fuerte vínculo de TPN con la patología del grupo B (*Fossati et al., 2005; Zimmerman et al., 2005*), así como con el trabajo de *Stinson y colegas (2008)*, quienes en una muestra epidemiológica encontraron que el TPN se asociaba con el trastorno esquizotípico comórbido. Como era de esperar, los trastornos del grupo C (trastornos de la personalidad por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivo), que se cree que son característicos de los pacientes con TP de funcionamiento superior (*Caligor, Kernberg y Clarkin, 2007*), no eran distintivos de los pacientes TPN/TLP, hablando del hecho de que los pacientes de nuestra muestra estaban organizados en un nivel de personalidad más perturbado y límite (*Gunderson y Ronningstam, 2001*). El fuerte vínculo entre el narcisismo y los trastornos de personalidad del grupo B también habla de este punto. La mayor asociación entre TLP/TPN con rasgos de personalidad paranoide también se ha encontrado en varios estudios previos (*Flick et al., 1993; Joiner, Petty, Perez, Sachs-*

Ericsson y Rudd, 2008) y se puede entender como la tendencia de los pacientes narcisistas a reaccionar con afecto negativo e incluso con extrema hostilidad cuando el grandioso sentido de sí mismo se ve desafiado por la valoración negativa de los demás, que luego son percibidos como amenazantes, malévolos y/o despiadadamente despectivos. Investigaciones anteriores han confirmado esta asociación entre la grandiosidad y el desarrollo de actitudes paranoicas, que implican desconfianza y agresión hacia los demás cuando el sentido inflado de uno mismo está amenazado (*Baumeister, Smart y Boden, 1996; Rhodewalt y Morf, 1998*). En términos de características esquizotípicas, aquellos con TPN tienden a reconstruir la realidad para preservar su grandioso sentido de sí mismos, lo que a veces conduce a rígidas distorsiones de las pruebas de la realidad. Estos hallazgos ayudan a iluminar la observación clínica de las distorsiones a menudo drásticas de las pruebas de la realidad que involucran las percepciones de uno mismo o de uno mismo en relación con los demás, particularmente en situaciones en las que la autoestima está amenazada, lo que puede ocurrir con pacientes con TNP cuyas pruebas de realidad están intactas. (*Kernberg, 2007; Ronningstam, 2009*).

En resumen, los hallazgos sugieren que los pacientes con TPN/TLP se caracterizan por un patrón particular de comorbilidad que involucra un eje I bajo, pero una comorbilidad fuerte del eje II que nos ayuda a definir mejor las características de un grupo prevalente de pacientes, difícil de tratar, pero poco investigado. Más importante aún, la asociación de TPN con TLP, trastornos de personalidad paranoica, esquizotípica, histriónica y rasgos de trastorno de personalidad antisocial sugiere que este grupo de pacientes se define por un núcleo de deterioro general de la personalidad, el llamado factor general de patología de la personalidad (*Sharp et al. al., 2015*), pero también por una disfunción central específica de grandiosidad que los predispone a responder con antagonismo / hostilidad y pruebas de realidad reducidas cuando el yo grandioso se ve amenazado.

El tercer hallazgo de nuestro estudio (menos hospitalizaciones y días en el hospital en el grupo TPN / TLP)

plantea la cuestión de si la patología narcisista comórbida puede considerarse un factor protector. Se podría plantear la hipótesis de que el grandioso autoconcepto, aunque inherentemente inestable en el sentido de que no es totalmente autosuficiente ni está basado en la realidad, proporciona cierta estabilidad que ayuda a contener las crisis que conducen a la hospitalización. Quizás aquellos pacientes estabilizados por sus defensas narcisistas (omnipotencia, proyección, fantasía autística, devaluación, idealización) (*Clemence, Perry y Plakun, 2009; Kernberg, 1975; 1984*) podrían considerar demasiado humillante ser hospitalizados a pesar de su regresión a menudo drástica en el funcionamiento, y optar en su lugar por el tratamiento ambulatorio. Curiosamente, a pesar del hallazgo de *Ellison y colegas (2013)* de una relación negativa entre el narcisismo grandioso y la utilización de servicios en conjunto, el hecho de que aquellos con TPN comórbido pueden beneficiarse y estabilizarse con la terapia ambulatoria es sugerido por hallazgos previos del ECA Cornell–NY de que hubo menos abandonos de la psicoterapia individual en el grupo TPN/TLP que los registrados en el grupo TLP (*Diamond et al., 2012, 2014*).

Además, la presencia de menos trastornos del eje I proporciona una indicación de que el TPN no solo es un factor de riesgo para la patología de la personalidad, sino también un factor protector para la patología grave que podría requerir hospitalización o exacerbar los síntomas autodestructivos. En otras palabras, la patología narcisista en el contexto del diagnóstico límite podría considerarse un factor protector de las manifestaciones conductuales de los trastornos de la personalidad (*Simonsen & Simonsen, 2011*).

Sin embargo, los hallazgos de este estudio sugieren que más allá de la comorbilidad del eje II, en el contexto del TLP, el TPN puede coexistir con más características malignas: paranoia, características y comportamientos antisociales de la personalidad y distorsiones de la realidad (características del trastorno esquizotípico de la personalidad), que se aproxima a la definición de narcisismo maligno de Kernberg (*Kernberg, 1975, 1997, 2007*). Parece que de acuerdo con el énfasis del *DSM-5* en la evaluación de los niveles de gravedad de la pato-

logía de la personalidad tanto dimensional como categóricamente, el TPN puede coexistir en varios niveles de patología. Por lo tanto, estos hallazgos sugieren que la patología narcisista debe evaluarse cuidadosamente en diferentes niveles estructurales y que los patrones de comorbilidad pueden ayudar a esclarecer el nivel de gravedad. Los resultados del estudio exigen una mayor investigación de las características de los pacientes con TPN / TLP, en particular sobre cómo pueden diferir en su presentación clínica de los pacientes con TLP sin TPN, y cómo estas características comórbidas de personalidad pueden tener un efecto sobre el tratamiento. Dada la prevalencia de la patología narcisista y los desafíos clínicos que plantean estos pacientes, es necesaria más investigación con muestras de pacientes con TPN y pacientes con TPN comórbido (*Simonsen & Simonsen, 2011*).

Aunque este estudio es único porque se basa en un gran grupo de estudio clínico de pacientes con TLP reclutados a través de dos muestras, los hallazgos y su interpretación deben considerarse a la luz de varias limitaciones. En primer lugar, la evaluación de la patología narcisista se basó en los criterios IPDE / SCID-II, que se basan en el enfoque categórico *DSM-IV/-5*. Medidas como el IPDE y el SCID-II, que en muchos sentidos son de vanguardia, pueden verse limitadas por su validez aparente (ver *Levy et al. 2007*). Además, utilizamos un enfoque categórico para evaluar la patología del TLP y el TPN y no un enfoque dimensional que a menudo se sugiere (p. ej., *Widiger y Simonsen, 2005*), lo que puede tener implicaciones para nuestros hallazgos, particularmente dada la limitación de cómo se evalúa el TPN (actualmente a favor de la grandiosidad narcisista en el enfoque categórico del *DSM-IV/-5*). Nuestros hallazgos sugieren que tanto un enfoque dimensional que enfatiza la gravedad como un enfoque categórico que enfatiza los rasgos y características son útiles para evaluar y comprender la patología narcisista. En segundo lugar, el pequeño tamaño de la muestra y el género femenino limitan la generalización de los hallazgos. Como el grupo TPN/TLP es bastante pequeño ($n = 25$), es probable que las medias de las variables del eje I y del eje II sean menos robustas o estables. Es importante destacar que estos ha-

llazgos se basan en un grupo alterado de pacientes con TPN, es decir, pacientes con TPN y TLP comórbido, por lo que no pueden generalizarse fácilmente a pacientes con TPN solamente. Las investigaciones futuras deberían replicar este estudio en otras muestras que también incluyan pacientes masculinos. En tercer lugar, la falta de un grupo de comparación solo para TPN hace que sea difícil establecer definitivamente si los resultados se deben principalmente a factores relacionados con el TPN o a alguna interacción entre el TPN y el TLP. Los estudios futuros deben incluir un grupo de comparación exclusivamente con TPN. Finalmente, los tamaños desiguales de los grupos limitan el poder para detectar diferencias entre los grupos y múltiples pruebas independientes de hipótesis nulas podrían haber aumentado la posibilidad de errores de Tipo I. A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos contribuyen a comprender las importantes diferencias tanto en la psicopatología como en el curso de tratamiento de los pacientes con TLP y TPN comórbido, factores de protección y vulnerabilidad que los médicos deben conocer. Las investigaciones futuras no solo deben replicar nuestros hallazgos en muestras adicionales, sino también examinar los efectos del TPN/TLP comórbidos en el proceso y el resultado del tratamiento.

La Bibliografía y las tablas las pueden pedir a: javellaneda@cat-barcelona.com.