

# Suplemento Eduterapia 32

Octubre 2021

## Narcisismos, Psicopatías, Sociopatías

Carlos G. Wernicke



**Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social**

**desde 1990 en Buenos Aires, Argentina**

**Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social**

Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL

Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. 0054-11-4791-2905 - <https://www.holismo.org.ar> - [info@holismo.org.ar](mailto:info@holismo.org.ar)

**SUPLEMENTO EDUTERAPIA** es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; [www.holismo.org.ar](http://www.holismo.org.ar) - [info@holismo.org.ar](mailto:info@holismo.org.ar)  
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203  
La reproducción parcial o total por cualquier método no está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

# Narcisismos, Psicopatías, Sociopatías

Carlos G. Wernicke

---

## RESUMEN

Se propone una actualización del tema de los trastornos de personalidad con una nueva clasificación, la descripción de los trastornos en más o reactivos y la ligazón entre ellos. Se redefine la sociopatía. Se intenta una explicación psicodinámica en base al enfoque sistémico-dinámico-transdimensional. Se proponen estrategias de acción.

## SUMMARY

Narcissisms, Psychopathies, Sociopathies

An updating of the personality disorders is proposed, including a new classification, the description of the major or reactive disorders and the link among them. Sociopathy is redefined. A psychodynamic explanation is proposed based on the systemic-dynamic-transdimensional approach. Managing strategies are proposed.

---

## ÍNDICE

### I. INTRODUCCIÓN: EL CONTEXTO

1. De la Modernidad a la Digitalidad
2. El contexto eficientista

### II. QUÉ SON

1. El DSM y la CIE
  - A. Ventajas y desventajas
  - B. Los Trastornos de la Personalidad (TP) en el DSM5 y la CIE
    - a) TP en menos = retraídos
    - b) TP en más = reactivos
2. Más allá del DSM y la CIE
  1. Relaciones entre narcisismo y psicopatía
  2. Definición, psicodinámica, género, sistema
  3. La víctima
  4. Diagnóstico y escalas diagnósticas
  5. Sociopatía

### III. QUÉ LOS CAUSA

1. Trastornos del desarrollo temprano
2. Apego y trastornos del apego
3. Herida narcisista

### IV. QUÉ HACER

### V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA



*Narciso a Dios llama  
porque su belleza  
no habrá quien la iguale  
ni quien la merezca.  
Pues ¿qué más beldad  
que la suya inmensa  
ni qué más desprecio  
que el que a mí me muestra?  
El Divino Narciso  
Sor Juana Inés de la Cruz 1692*

## I. INTRODUCCIÓN

### 1. De la Modernidad a la Digitalidad

Tengo para mí que el ser humano viene al mundo para disfrutar. Aristóteles decía que la meta última del ser humano es la felicidad. Conrado Nalé Roxlo describe bien lo que quiero decir: "Música porque sí, música vana / como la vana música del grillo, / mi corazón eglógico y sencillo / se ha despertado grillo esta mañana" [Nalé Roxlo 1925]: Rascarse las patas y hacer ruido es disfrutable, sólo porque sí.

Sin embargo, hace mucho que el mundo ingresó en la Modernidad. Lo importante pasó de disfrutar la vida cotidiana –como meta, no como realidad del día a día- a progresar, es decir, incrementar el rendimiento para mejorar. Para mejorar el mundo, la vida familiar, la cantidad de bienes materiales. Como explica F. Lordon [Lordon 2013], de la época feudal se pasó al capitalismo, lo cual sucedió en tres etapas: la primera, basada en el vapor, fue la de la salvación aceptada por la población porque le permitió salir de la indigencia, aliviar el miedo a no sobrevivir; la segunda, basada en el petróleo y la electricidad, fue la del consumo, en que la expectativa ya no era vivir más sino mejor, buscando el incremento en la calidad de vida; y la tercera, basada en la comunicación digital, la actual, la que lleva a su punto máximo la ilusión del eficientismo. Si eficacia es la potencialidad para lograr un efecto y efectividad es la capacidad real para lograrlo, la eficiencia es la capacidad para lograr mayores resultados con un mínimo de recursos. Sin embargo, el precio a pagar por este mayor rendimiento consiste en desentenderse de las emociones propias y ajenas. A mayor eficiencia, menor empatía. La eficiencia requiere mayor atención, mayor concentración, mayor aprendizaje de las habilidades ejecutivas desde temprana edad, esto es, una mayor obsesivación: una mayor dedicación a los elementos lógicos de la interacción en desmedro de sus aspectos emocionales [Goleman 2018]. Se observa en todos los ámbitos: familia, escuela, empleo, sociedad. El eficientismo es el proyecto cultural resultante.

Las dos primeras etapas, de la salvación y del consumo, transcurrieron dentro de la Modernidad, la Era de la Razón, que podríamos hacer coincidir con

la consolidación del primer capitalismo. En ellas se incluye asimismo su epílogo, la Hipermodernidad, que podemos ubicar aproximadamente entre los años ochenta del siglo XX y la finalización de éste. La tercera etapa, la del eficientismo, es propia de la Digitalidad, la Era Digital que reemplaza a la Modernidad, que quedó atrás [Wernicke 2016]. En la Digitalidad las transacciones transcurren a través de computadoras (que computan, calculan), también llamadas ordenadores (que ponen orden digitalmente -friamente- a lo que ingresa desde los humanos). En verdad, deberíamos denominar Predigitalidad a los primeros veinte años de este nuevo siglo, ya que la Digitalidad propiamente dicha está siendo inaugurada con dos acontecimientos cruciales para el derrotero de la humanidad: La primera Gran Pandemia, que asumimos viral, que subraya que -como siempre en la historia de la humanidad- los intereses económicos de unos grupos son más importantes que las vidas humanas en general; y la instalación, ya sin ambages, de la inteligencia artificial, un poder cognitivo que supera al humano por primera vez en la historia conocida de la Tierra y es capaz de determinar las acciones de los seres humanos y sus formas de relacionamiento humano [Sadin 2018].

A más tardar en el siglo XIX la cosmovisión anglosajona / protestante empujó al capitalismo hacia el eficientismo, esto es, la obtención de mejores resultados cada vez, con menos recursos invertidos cada vez, organizando la vida de las personas alrededor de este objetivo. Quedó instaurado con el taylorismo primero y el fordismo enseguida. A mediados del siglo XX el capitalismo entró en su fase actual, el llamado libertarismo o neocapitalismo o neoliberalismo o neoconservadurismo (aquí consideraremos a todos ellos sinónimos): cada individuo ya inició su vida convencido de que su objetivo era aumentar su rendimiento en pos de una vida personal de mejor calidad, y se amoldó a vivir tras esa meta.

Sobre todo con la Escuela de Chicago el neoliberalismo finalmente se impuso: en nombre del eficientismo, lograr mayores resultados con un mínimo de recursos, el beneficio final sin consideraciones afectivas. Desde los Estados Unidos de Norteamérica las ideas se exportaron al mundo -en muchas ocasiones por imposición forzada [Klein 2007]- y sucumbieron otras formas de determinar la economía de los pueblos.

Podemos decir que hoy en día el mundo se mueve con la economía de los mercados, que el beneficio debe lograrse pese a efectos colaterales humanos que pudieren producirse, y que los humanos deben avenirse a esta situación, implementada y controlada por la inteligencia artificial y los grupos que -por ahora- la dirigen [Sadin 2013, 2018; Yuk Hui 2020].

## 2. El contexto eficientista

El paso de la época del disfrute a la del eficientismo podría resumirse diciendo que uno vivía confiando en que Dios daría a cada uno un buen día, hasta que tuvo que empezar a confiar en las propias fuerzas, en su esfuerzo personal, su eficiencia para "llegar a algo". De confiar en estar-bien se pasó al esfuerzo por estar-mejor. De un equilibrio humano, analógico (analógico quiere decir más o menos, aproximado, similar) se pasó a un desequilibrio digital (digital quiere decir preciso, exacto). El humano no está hecho para la exactitud total. Las computadoras y los robots, sí. La inteligencia artificial, sí. De modo que nos vemos obligados, como humanidad, a agregar una fuerza extra para cumplir objetivos, a salirnos del eje de estabilidad natural de cada uno y de todos para adoptar uno artificial, dirigido a resultados. Eso genera la insatisfacción de necesidades primordiales humanas (Cuadro 1) [Wernicke 1989], por tanto un panorama emocional displacentero, tensión emocional y en consecuencia muscular, y un estado que denominamos ansiedad, que incluye mal-estar, hiperactividad o hipoactividad, desconexión respecto de sí mismo (para cumplir) y respecto del ambiente (para concentrarse en la propia insatisfacción), agresión al ambiente (el ataque propiciado por la insatisfacción de necesidades primordiales, tanto sea por ejemplo hambre de alimento o de afecto), o retracción social si es que el entorno no permite en su poderío siquiera la búsqueda de satisfactores (Cuadro 2).

<b>NECESIDADES PRIMORDIALES DE IMPRESCINDIBLE SATISFACCIÓN EN EL SER HUMANO (Wernicke 1989)</b>	
<b>I. DE COMPLETAMIENTO</b>	<b>II. DE DESARROLLO</b>
1. Pertenencia	8. Expresión
2. Seguridad	9. Autodefensa
3. Afecto	10. Autoafirmación
4. Compañía	11. Maduración
5. Aceptación	12. Expansión
6. Valoración	
7. Conocimiento	

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 1 (Wernicke 1986, 1990, 1991)

---



Cuadro 2 (En base a Wernicke 2011)

La interacción afectiva con el mundo, complementada por la cognición, pasó a ser una interacción directamente cognitiva con el mundo, cada vez menos complementada por el acceso a los aspectos emocionales de sí mismo y por consiguiente de los demás. El siglo XX, último de la Modernidad, asistió al distanciamiento emocional de los poderosos respecto de los despoderados, al distanciamiento emocional de los humanos entre sí y de cada uno dentro de sí, a muchas muertes por hambres biológica y afectiva en pos del beneficio económico y el poder político. Lo nuevo no es la competencia, la lucha por el poder, sino la posibilidad de no sentir en la conciencia los efectos "colaterales", humanos -sentir indiferencia-, producidos por los procedimientos destinados a alcanzar el logro de mayores resultados con un mínimo de recursos. Todo ello ignorando, sin querer o a sabiendas, que tales efectos "colaterales" lo son dentro de un sistema circunscripto, pero que dejan de ser colaterales cuando observamos el sistema más abarcativo, el contexto más general en que los efectos sobre los humanos ya no son colaterales sino esperables y atendibles.

Y también asistimos a la muerte de lo que a principios del siglo XX se entendía por familia. En la cultura eficientista sólo podemos definir a la familia como un grupo de personas que se dicen emparentadas (no siempre biológicamente), considerando como parentesco al estatus de personas que han establecido una relación con una determinada jerarquía durante un cierto tiempo (vínculo), a veces incluso solo simulando que son esposos, padres, hijos, y distanciándose de parientes más lejanos (porque son distantes en el afecto y en la geografía), como son los abuelos, tíos, primos, tanto más cuanto más biológica y cognitivista y menos emocional sea la cultura.

Porque la cultura es un sistema de funcionamiento social supraindividual, una red simbólica de necesidades, emociones, lógicas y acciones, determinante de pensamientos y conductas de cada grupo y de los individuos que lo componen [Wernicke 2004b].

De acuerdo con la manera en que las propuestas que trae el individuo sean influidas por la cultura se generará la personalidad, siempre cambiante pero dentro de los límites que la cultura impone, a través de aprendizajes conscientes y no conscientes, imitaciones, asimilaciones, sensibilizaciones y acomodaciones [Piaget 1926, 1947]. Una cultura eficientista impulsará la formación de individuos eficientistas, dirigida a obtener resultados: anempática, por eso antisolidaria.

El individualismo, antes un defecto, ahora lo esperable, se impone de forma tal que a los humanos les resulta difícil formar parejas, resonar emocionalmente con las preocupaciones y los problemas y los deseos y las expectativas del otro.

Las pantallas vienen ganando terreno desde la Modernidad (televisor) [Anders 1956] y se afianzaron definitivamente (computadoras, teléfonos inteligentes) en la Hipermodernidad y la Predigitalidad. Comienza ahora, aparentemente, un nuevo ciclo en la relación de humanos y pantallas: Es tal su uso que ya las pantallas no parecen distractoras de las relaciones humanas, sino al revés: Lo humano presencial parece ser el distractor que interfiere en la interacción "normal" (más usual, en verdad) de las personas con sus pantallas. El cuerpo, lo corporal, pierde relevancia, y con ello se difumina la ritmicidad de lo biológico, cambian el sueño y la digestión, el baile y el sexo. Las pantallas pueden estimular determinadas habilidades: focalizar la atención y la concentración, rastrear temas, incrementar la velocidad de procesamiento y respuesta. Pero no permiten el desarrollo de la verdadera interacción social, más variada y analógica, con ritmos más lentos y cambiantes, con mayor dedicación al respeto por lo diferente. Se pierden la habilidad para adaptarse al otro humano, las costumbres sociales, los galanteos, los ritos, la solidaridad. Las pantallas son vistosas y atractivas, pero frías. Las interacciones que ofrecen sólo pueden ser digitales, exigen respuestas precisas. Con ello elevan la ansiedad eficientista y estimulan la actitud violenta [Wernicke 2016]: debo cumplir, no te interpongas, no te tendré en cuenta, las emociones no son importantes, el fin sí justifica los medios.



## II. QUÉ SON

### 1. El DSM y la CIE

#### A. Ventajas y desventajas

Pese a las numerosas manifestaciones en su contra, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, ahora en su quinta versión [DSM5 2014], se ha impuesto en el mundo de la psiquiatría y la psicología como un conjunto de parámetros (criterios) a tener en cuenta para llegar al diagnóstico psiquiátrico de un ser humano. Su intención original, a saber clasificar los trastornos mentales para fines de entendimiento consensuado en el mundo de los psiquiatras y fines clasificatorios, nosográficos, útiles estadísticamente para gobiernos, instituciones de salud y aseguradoras, se transformó hasta situarse como manual de consulta acerca de las patologías mentales, para lo cual es francamente insuficiente.

El DSM evolucionó desde considerar a las patologías psiquiátricas como reacciones al contexto (DSM II), pasando por una eliminación de términos psicoanalíticos -como neurosis-, hasta el DSM5, en el que se observa un salto conceptual respecto de la versión anterior (DSM IV-TR): Se refuerza en el DSM5 un gran pedicamento de la corriente biologista de la psiquiatría, de la mano de los avances en psicofarmacología y neurología y en detrimento de consideraciones más psicológicas.

El Manual DSM nunca fue un libro de psicopatología. Evita todo lo posible la referencia a la causalidad y a la terapéutica de los trastornos descriptos y, más que nada, toda referencia a la psicodinámica de los individuos que los padecen.

El DSM5 adhiere sobre todo a la nueva corriente de las “neurociencias”, ciencias de lo neurológico, como explicativas de los trastornos psiquiátricos. Tanto es así que por ejemplo aquello que en el DSM IV-TR se denominaba Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia pasa a llamarse en el DSM5 Trastornos del Neurodesarrollo, como si el desarrollo pudiese deberse a la sola dimensión biológica-neural del ser humano. Estos trastornos se presentan como si las dimensiones emocional o cognitiva fuesen simples aditamentos a la biología, cuando en realidad el ser humano es unidimensional (un ser que al mismo tiempo es físico-molecular, biológico, emocional, cognitivo y espiritual). La fragmentación en diferentes dimensiones es sólo un artificio de observación: Habrá quienes observan lo biológico y quienes lo emocional y quienes lo cognitivo, por caso, considerando al objeto de su observación desde su particular recorte perceptual; hacen caso omiso de las restantes dimensiones y de los datos provenientes de ellas, diagnosticando solamente desde su

particular punto de mira. A un recorte de datos le sigue necesariamente un recorte interpretativo, con consecuencias culturales, educativas y terapéuticas.

Proceder así sólo es posible desde un paradigma positivista-biologista-conductista, que es el que domina la comprensión científica actual acerca del ser humano y sus contextos. Se funda en una visión materialista, fragmentaria, cartesiana.

Un paradigma proviene de mapas perceptuales, luego conceptuales, luego semánticos, que se van constituyendo en un grupo determinado. Dichos mapas dan lugar a cierto enfoque capital, subyacente a un grupo de conocimientos. Tal perspectiva guía en forma duradera el desarrollo de dicho conjunto de conocimientos, tanto en ciencia como en arte, educación, economía...

Es del todo diferente partir de otro paradigma, sistémico-(psico)dinámico-transdimensional, fundado en una visión global, integral, holística. Este enfoque lleva a considerar que las dimensiones son sólo sistemas construidos por el observador que deberán atenderse globalmente, teniendo en cuenta la historia ancestral-familiar, la historia personal y las circunstancias actuales del individuo, así como la historia y el presente contextuales.

Por otra parte, un acierto del DSM5 es haber transformado los Trastornos Generalizados del Desarrollo, clasificables sobre todo en autismos y síndrome de Asperger, en Trastornos del Espectro Autista, sólo clasificables según severidad del cuadro. Quita así la estigmatización adjudicable a los términos autismos y Asperger. Sin embargo, transforma el diagnóstico más ajustado a la realidad de cada individuo (un trastorno de desarrollo generalizado, terebrante ("pervasivo") en una actualidad en abanico, lo cual a su vez implica el riesgo de sobrediagnóstico. Lamentablemente, también, mantiene en el rótulo la palabra autista, que hubiese podido ser reemplazada.

Por dar dos ejemplos de las limitaciones del DSM en general y del DSM5 en particular, su ímpetu biologista-farmacologista-conductista se observa claramente cuando trata el Déficit de Atención e Hiperactividad, que pasó en el DSM5, con muy pocas diferencias signosintomáticas respecto del DSM-IV-TR, a ser un cuadro también diagnosticable en adultos. Sin embargo, tal cuadro clínico se basa en criterios diagnósticos de difícil definición, por lo que no alcanzan para constituir una entidad nosológica, como he detallado antes [Wernicke 2001].

También el DSM5 queda restringido cuando trata el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el famoso TOC, adoptado incluso en círculos no profesionales. Más adelante lo compararemos con el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo y con la Neurosis Obsesiva, y veremos las grandes diferencias a la hora de efectuar un tratamiento.

En conclusión, muchos psicólogos toman en el presente al DSM5 como verdad revelada y consultan al psiquiatra sobre el diagnóstico de su paciente,

sin tener en cuenta que ese diagnóstico podría no concordar con la realidad ampliada de la persona a tratar o que muchas veces los diagnósticos van variando con el correr del tiempo, tanto en forma natural cuanto merced a la intervención de un tratamiento psicológico.

## B. Los Trastornos de la Personalidad (TP) en el DSM5 y la CIE

Narcisismos y psicopatías, con sus diferentes definiciones y clasificaciones según los autores y a lo largo del tiempo, han sido resumidos por el DSM5 como Trastornos de la Personalidad.

El DSM5 no define la personalidad, un tema que ha sido objeto de estudio de incontables autores de todas las épocas. Aquí la definiré como integración de todos los sistemas funcionales en un yo que se reconoce a sí mismo como tal. Esto sucede desde algo antes hasta algo después de los 2 años y medio, en la mitad de la etapa preoperatoria. El niño habla a partir de entonces en primera persona. Dicha personalidad se integra (= se estructura) de modo firme (personalidad estable) o lábil (con labilidad para des-integrar su estructura = prepsicosis y sus sinónimos, por ejemplo personalidad limitrofe, borderline), o tal estructuración queda ausente (psicosis inicial, es decir, trastorno del espectro autista) [Wernicke 2011].

Para el Manual, un trastorno es una disfunción significativa propia del individuo, no adjudicable a la cultura, que se presenta en las cogniciones, las emociones y/o las conductas. Tal disfunción refleja una alteración en el proceso psicológico, biológico o de desarrollo subyacente al funcionamiento mental, una respuesta no esperable culturalmente. Que una persona presente un trastorno no equivaldría, señala, a necesidad de tratamiento: El contexto y el individuo podrían hallarse cómodos, estabilizados en esta interacción anómala.

Como se observa, las palabras trastorno o disfunción no son claramente delimitables, con lo cual debe prestarse gran precaución ante la exageración de los diagnósticos, que podrían utilizarse aun en casos muy leves que se confunden con cuadros de instalación más tardía, como las neurosis, o incluso con la normalidad, aquel estado que se considera libre de patología. Cada uno de los grandes trastornos descriptos en este Manual podría utilizarse entonces en el habla pública como mero insulto (ejemplos: paranoico, esquizo).

Hablar de trastorno evita catalogar a la disfunción como síndrome, cuadro o enfermedad. A veces se lee como sinonimia el término desorden, traducción literal del inglés disorder. Etimológicamente, un trastorno remite a girar en sentido contrario. El alemán Störung puede traducirse como molestia, perturbación, lo cual agrega el matiz de malestar emocional que siempre acompaña a un trastorno mental.

Según el DSM5, los TP consisten en patrones de experiencia subjetiva y de conducta perdurables en el tiempo, inflexibles y estables. Dichos patrones se hallan muy alejados de las expectativas de la cultura del individuo afectado. Siempre causan en el sujeto un malestar (subjetivo) y un deterioro (objetivo).

Es importante el término patrón: Se trata de exageraciones cristalizadas, polarizaciones, rigidizaciones de las características humanas, que provocan emociones negativas en un individuo que no puede salirse de ese modelo emocional, cognitivo y conductual, con retracción frente al contexto o reacción anómala a éste. El individuo carece de la necesaria adaptación a las circunstancias, no puede adecuarse a cada situación sino que responde siempre de acuerdo con su trastorno: su patrón o modelo de respuesta. Por lo general, el entorno no puede empatizar con dicha rigidez.

Por su parte, Tölle [Tölle 1982] define a los TP como una dominancia de determinados rasgos de carácter, los cuales generan notorias dificultades vivenciales y en las relaciones interpersonales.

Ha de mencionarse que los trastornos de personalidad se han llamado históricamente patologías del carácter o caracteropatías. Se considera al carácter como el conjunto final de todas las modalidades de interacción [Wernicke 2016], de modo que es variable en el tiempo: corresponde al fenotipo del individuo en cada momento de su vida. Cuando se describe el carácter de un individuo se describen sus características actuales. Sin embargo, en estas patologías del carácter éste ha quedado solidificado en un extremo, en el que las características emocionales, cognitivas y conductuales del sujeto se han transformado en signos y síntomas pertinaces de su personalidad.

El carácter debe diferenciarse del temperamento, que consiste en una tendencia actitudinal a reaccionar al contexto de un cierto modo de acuerdo con una predisposición genética / congénita. En otras palabras, corresponde al genotipo del individuo, es invariable, constituye una base propositiva dada. En astrología serían aquellas potencialidades con que el individuo nace y que según los contextos en que viva desarrollará o no, pero que marcan determinados límites a tal desarrollo. Ya Hipócrates consideraba al temperamento una mezcla de los humores del cuerpo con las maneras del alma, formulando la conocida clasificación de los temperamentos en sanguíneo, bilioso, nervioso y linfático, que hoy en día recoge por ejemplo la antroposofía [Goebel y Glöckler 1988].

Según el DSM5, cada uno de estos patrones debe presentar características en las áreas siguientes:

1. La cognición: los modos de percibirse a sí mismo y percibir a otros y a los acontecimientos
2. La afectividad: en cuanto a la amplitud, la intensidad, la labilidad y la idoneidad de la respuesta emocional
3. El funcionamiento interpersonal
4. El control de los impulsos.

Estos patrones perdurables, aclara, no pueden explicarse mejor como manifestaciones o consecuencias de otro trastorno mental, ni pueden ser atribuidos a los efectos de una sustancia o de otra afección médica.

Para el DSM5 se trata de patrones de experiencia subjetiva y conducta que se iniciarían a fines de la adolescencia o comienzos de la adultez. Se observa aquí el sesgo fotográfico del Manual, que no se interesa en la película de la vida del individuo, sino sólo en su estado actual y en cómo calificarlo a los fines clasificatorios. Sigue el modelo médico de pensamiento: a tales signos y síntomas le corresponde un término o una frase (el diagnóstico) que resuma el cuadro clínico. El modelo médico se completa con las conclusiones terapéuticas que se desprendan de tal síntesis (Figura 1), las cuales no son tema de este Manual. Según un modelo psicodinámico, en cambio, habrá que bucear en la historia contextual y personal de la persona -así como en sus circunstancias actuales- a fin de entender su estado presente. Aun cuando hubiese una predisposición genética (no establecida por ahora para los trastornos de personalidad), en cada uno de estos cuadros la conducta dependerá invariablemente de una desadaptación psicosocial, esto es la imposibilidad total o parcial de adecuación a los criterios que la cultura considera normales [Wernicke 2012].



Figura 1

---

La clasificación de los Trastornos de Personalidad según el DSM5 se muestra en el Cuadro 3. Como se ve, se los ordena en tres grupos: A, B y C,

caracterizados como excéntricos, dramáticos y temerosos, respectivamente. En este trabajo nos interesará fundamentalmente el Grupo B, que incluye a los TP narcisista y antisocial.

---

#### Trastornos de Personalidad según el DSM5

##### Grupo A

- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípico

##### Grupo B

- Antisocial
- Límite
- Histriónico
- Narcisista

##### Grupo C

- Evitativo
- Dependiente
- Obsesivo-compulsivo

##### Otros

- Debido a otra afección médica
- Otro TP especificado
- No especificado

##### Cuadro 3

---

Por su parte, la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición, de la Organización Mundial de la Salud), en su apartado Trastornos Mentales y del Comportamiento, coincide en mucho con la clasificación del DSM5. Desde 2022 se utilizará su 11ª revisión, la denominada Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, nombre que deja clara su intención. En determinados países se prefiere el empleo de la CIE, en otros, como es usual en Latinoamérica, el DSM. He preferido aquí la descripción de éste último, haciendo sólo un examen comparativo de la CIE con el DSM5.

En su Capítulo V (Trastornos Mentales y del Comportamiento), la CIE 10 clasifica los Trastornos Específicos de la Personalidad según se muestra en el Cuadro 4. Como se observa, incluye los Trastornos Mixtos y las Transformaciones Persistentes de la Personalidad.

CIE 10: Trastornos específicos de la personalidad (F60-F61)		CIE 10: Trastornos específicos de la personalidad (F62)	
F60.0 <b>paranoide</b>	F60.8 <b>otros:</b>	Transformación persistente de la personalidad:	
F60.1 <b>esquizoide</b>	- <b>excéntrico</b>	F62 <b>no atribuible a lesión o enfermedad cerebral</b>	
F60.2 <b>disocial</b>	- <b>inmaduro</b>	F62.0 <b>tras una experiencia catastrófica</b>	
F60.3 <b>emocionalmente inestable</b>	- <b>narcisista</b>	F62.1 <b>tras una enfermedad psiquiátrica</b>	
F60.4 <b>histriónico</b>	- <b>pasivo-agresivo</b>	F62.8 <b>otras</b>	
F60.5 <b>anancástico</b>	- <b>psiconeurótico</b>	F62.9 <b>sin especificación</b>	
F60.6 <b>ansiosa (evasiva, elusiva)</b>	- <b>inestable</b>		
F60.7 <b>dependiente</b>	F60.9 <b>no especificado</b>		
	F61 <b>mixtos</b>		

Cuadro 4

Los Trastornos Específicos de la Personalidad son definidos allí como un estilo de vida, formas de conducta arraigadas y permanentes, respuestas invariables a un amplio abanico de situaciones personales y sociales, desviaciones extremas respecto de la forma de percibir, pensar, sentir y relacionarse de un individuo promedio. A diferencia del DSM5, que sitúa estos trastornos desde la adolescencia o la primera adultez, la CIE 10 señala que se manifiestan desde la niñez o la adolescencia.

Como muestra el Cuadro 5, reseñaré los diferentes TP según el DSM5, aunque en otro orden. Mencionaré en primer lugar a los TP “en menos” y luego a los TP “en más”, clasificándolos en base a sus relaciones perdurables de cierre o apertura conductual y enlistándolos de acuerdo con su necesidad de protegerse del contexto (“retraídos”) o por el contrario su posibilidad de enfrentarlo (“reactivos”). Como se verá, no se trata de una retracción o una reactividad agudas, momentáneas, las cuales existen en todos los TP, a veces incluso en forma de exabruptos violentos, sino del patrón perdurable de repliegue o intromisión, la actitud básica ante la vida, que lleva a los individuos a alejarse del contexto o a tratar de imponerse a él.

a) TP en menos = retraídos

1 TP evitativo

Inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa

Por lo menos 4 de estas características:

1. Evitación de actividades que impliquen contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo
2. Pobre disposición a establecer relaciones, búsqueda de seguridad de que es apreciado
3. Retracción en las relaciones estrechas por temor a que lo avergüencen o ridiculicen
4. Preocupación de ser criticado o rechazado en situaciones sociales
5. Inhibición en nuevas situaciones interpersonales, dado su sentimiento de falta de adaptación
6. Creencia de que es socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás
7. Gran resistencia a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades, que podrían resultarle embarazosas

La CIE 10 los denomina ansiosos, evasivos, elusivos. Son individuos con sentimientos de aprehensión, inseguridad e inferioridad, con hipersensibilidad al rechazo y la crítica, una restricción de los afectos y tendencia a evitar ciertas actividades, al exagerar los potenciales riesgos.

Es un trastorno de la personalidad que se asegura en la inhibición, la aceptación de contacto sólo bajo condiciones de gran seguridad. Su capacidad de reaccionar al ambiente parece ser nula.

<b>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b>	
<b>EN MENOS = RETRAÍDOS</b>	<b>EN MÁS = REACTIVOS</b>
1. Límite	
2. Esquizoide	8. Histriónico
3. Esquizotípico	9. Narcisista
4. Evitativo	10. Antisocial
5. Paranoide	
6. Dependiente	
7. Obsesivo - compulsivo	

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 5

---

## 2 TP dependiente

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, que conlleva conductas sumisas y de apego exagerado, con miedo a la separación

Por lo menos 5 de estas características:

1. Dificultad para tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas
2. Necesidad de otros para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida
3. Sin que haya miedo a un castigo real, dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación
4. Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad
5. Actividad voluntaria que le desagrada para obtener la aceptación y apoyo de los demás
6. Incomodidad o indefensión cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo
7. Al terminar una relación estrecha, búsqueda urgente de otra relación para que le cuiden y apoyen
8. Preocupación no real por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

En la CIE 10 se describe una dependencia pasiva, con temor al abandono, sentimientos de incompetencia y desamparo, complacencia, poca vitalidad y tendencia a transferir la responsabilidad. Divide a los dependientes en asténicos, inadecuados, pasivos y derrotistas.

En este trastorno de la personalidad sobresale la adherencia sin condiciones, la gran necesidad de ser refrendado y auxiliado por terceros. Es un gran problema de autoestima, del que el individuo no logra sobreponerse.

### 3 TP obsesivo-compulsivo

Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia

Por lo menos 4 de estas características:

1. Preocupación por detalles, normas, listas, orden, organización o programas, hasta no atender al objetivo principal de la actividad
2. Perfeccionismo que interfiere con la resolución de las tareas; así, no puede completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos
3. Dedicación excesiva al trabajo y la productividad, que excluye las actividades de ocio y con amigos, sin que haya necesidad económica
4. Exagerada escrupulosidad e inflexibilidad en materia de moralidad, ética o valores, sin que ello provenga de una identificación cultural o religiosa
5. Incapacidad para deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aun si no tienen valor sentimental
6. Pobre disposición a delegar, a menos que los demás cumplan con exactitud su visión de cómo hacer las cosas
7. Avaricia ante sí y ante otros; considera el dinero como acumulable para posibles catástrofes
8. Rigidez y obstinación

La CIE 10 lo denomina TP anancástico, término que podríamos traducir como perfeccionista y fatalista, con sentimientos de duda y necesidad de verificación, meticoloso, preocupado por los detalles, rígido, cauto, terco. Subraya que no llega a la gravedad de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

El rasgo más peculiar de este TP es la obsesivación, el control mental (esto es, control cognitivo). La obsesivación radica en el ocultamiento de las propias emociones displacenteras, tratando de que no lleguen a la conciencia a fin de cancelar o por lo menos aminorar el malestar que producirían. El sujeto recurre para eso a lógicas, explicaciones y justificaciones, que finalmente lo alejan de los logros normales, ya que debe dedicarse con ahínco a dicho control.

Por otra parte, en el DSM5 aparece como capítulo propio (TOC y trastornos relacionados) el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, en que es descrito junto con el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación.

En el TOC, a diferencia del TP obsesivo-compulsivo, aparecen obsesiones y compulsiones, con una duración de por lo menos una hora cada día, y que en ocasiones incluso son acompañadas por tics. De acuerdo con el DSM5, las obsesiones consisten en pensamientos o imágenes recurrentes, persistentes, intrusivas, no deseadas, que causan ansiedad y que el individuo intenta neutralizar, lo que aquí llamamos obsesivación. Las compulsiones, por su parte, son conductas, rituales u otros pensamientos sobreagregados en respuesta a una obsesión, con el fin de neutralizarla. Los actos compulsivos, diremos, son actos destinados a reforzar la obsesivación en el pensamiento cuando éste no alcanza a reducir o cercenar la llegada de las emociones displacenteras a la conciencia.

En la descripción del TP obsesivo-compulsivo no se formula claramente la concurrencia de obsesiones y compulsiones. En cambio, se destacan en forma perdurable y constante la estrictez y el perfeccionismo. Considero por ello que, si bien interviene claramente la obsesivación, sería mejor llamar a este trastorno de la personalidad "estricto" o "perfeccionista" o "anancástico", a fin de no confundir el cuadro con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

El diagnóstico de TOC, hoy en día habitual en el hablar popular, debe diferenciarse de los elementos que en realidad acontecen a quien lo presenta. Se ve en este ejemplo claramente que el DSM es un manual diagnóstico y estadístico, pero no un texto de psicopatología. En aquello que en psicopatología sigue denominándose neurosis obsesiva observamos, además de obsesiones y compulsiones, inseguridad en la relación con otros, aferramiento a ideales, escrúpulos, detallismo, tics, rituales, ceremonias, rumiación, con actos ineficaces de magia verbal y conductual (pre-lógica) para protegerse y cancelar la ansiedad y sin el objetivo de comunicar, una adherencia pegajosa para dominar la situación, sentimientos de fracaso y culpa, justificaciones lógicas detalladas. El individuo usa la precisión, la frialdad, el

orden lógico. Invoca principios éticos para justificar actos a veces egoístas. No se responsabiliza, duda, no acomete la acción, se ofende, reacciona con ira. Puede entrar en pánico persecutorio. Va de la mano con trastornos intestinales. Bajo presión puede empeorar a trastorno de personalidad límite y esquizofrenia [Fenichel 1933].

#### 4 TP esquizoide

Desapego emocional y social, pobre variedad de expresión emocional

Por lo menos 4 de estas características:

1. Ausencia de deseo o disfrute de relaciones íntimas, incluso ser parte de una familia
2. Actividades solitarias
3. Poco o ningún interés por experiencias sexuales
4. Disfrute de pocas actividades, o ninguna
5. Sin amigos íntimos ni confidentes, fuera de sus familiares de primer grado
6. Indiferente a las alabanzas o críticas
7. Emocionalmente frío, afectividad plana

En la CIE 10 se lo describe como apartado de lo afectivo y lo social, con preferencia por sus fantasías, la soledad y la introspección. Carece de capacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.

La afectividad plana característica habla de apatía, la ausencia de participación emocional, un estado de indiferencia ante estímulos externos, y de abulia, esto es, pasividad, falta de interés, voluntad o iniciativa porque el individuo considera que los estímulos ambientales no se adecuan a sus necesidades [Wernicke 2004c]. Es un solitario.

#### 5 TP esquizotípico

Pobreza interpersonal, malestar agudo, poca capacidad para relaciones estrechas, distorsiones cognitivas o perceptivas, conductas excéntricas

Por lo menos 5 de estas características:

1. Ideas de referencia no delirantes
2. Creencias extrañas o pensamientos mágicos que influyen en la conducta, por ejemplo supersticiones
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluso corporales
4. Pensamientos y discursos extraños (vagos, circunstanciales, metafóricos, superelaborados, estereotipados)
5. Susplicia, ideas paranoides
6. Afecto inapropiado o limitado
7. Conducta o aspecto extraños, excéntricos
8. Sin amigos íntimos ni confidentes, fuera de sus familiares de primer grado
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides

La CIE 10 lo menciona en otro apartado, como Trastorno Esquizotípico (F21), aunque advierte que su evolución es habitualmente el de un trastorno de la personalidad. Presenta una conducta peculiar o excéntrica, anomalías del

pensamiento y del afecto que se asemejan a la esquizofrenia sin serlo nunca, con afecto frío o inapropiado, anhedonia, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estafalarias que no alcanzan a ser verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción y episodios cuasipsicóticos transitorios ocasionales con intensas alucinaciones e ideasseudodelirantes, sin provocación externa alguna.

Las ideas de referencia son definidas por el DSM5 como interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y de eventos externos, a los que la persona adjudica un significado inusual y particular. Deben ser distinguidas de los delirios de referencia, en que las creencias son mantenidas con una convicción que supera toda prueba. Como se ve, ronda con claridad la idea de psicosis, aunque no evidente. Es notoria la posibilidad de que la evolución del cuadro desencadene en condiciones adversas un proceso psicótico. Hay distorsiones cognitivas, perceptuales, conductuales, en un cuadro prepsicótico.

#### 6 TP paranoide

Desconfianza y suspicacia intensa frente a otros, cuyos motivos interpreta como malévolos

Por lo menos 4 de estas características:

1. Sospecha sin base suficiente de que lo explotan, dañan o decepcionan
2. Preocupación injustificada acerca de la lealtad o confianza de otros cercanos
3. Pobre disposición a confiar en otros debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra
4. Sospecha de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos inocentes
5. Rencor persistente, no olvida insultos, injurias o desaires
6. Percepción de ataques que no son apreciables por los demás, con disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar
7. Sospecha recurrente, sin justificación, de la fidelidad de la pareja.

En la CIE 10 se lo presenta como un individuo lleno de suspicacia, con sensibilidad excesiva a los fracasos, con dificultad para olvidar ofensas. Hay una defensa exagerada de los derechos personales, con gran autovaloración. Puede presentarse como expansivo-paranoide, paranoide, fanático, querellante, sensitivo-paranoide.

Se destacan en este cuadro el recelo hipervigilante, con labilidad emocional, y la aparición de una capacidad reactiva, al modo de exabruptos, con expresiones hostiles, litigiosas, que pueden llegar hasta el contraataque corporal. Vive con miedo. Sus ideas preconcebidas pueden llevarlo al fanatismo. También se vislumbra el posible desvío hacia una psicosis.

Es conocida la vinculación, incluso como pareja, entre el TP paranoide y el TP pasivo-agresivo, mencionado al pasar por el DSM5 y la CIE 10.

#### 7 TP límite

Inestabilidad en relaciones, autoimagen y afectos, intensa impulsividad

Por lo menos 5 de estas características:

1. Desesperación por evitar el desamparo, real o imaginado
2. Relaciones inestables e intensas, con alternancia entre idealización y desprecio
3. Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y de su sentido del yo, hasta alteración de la identidad
4. Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas (por ejemplo gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios)
5. Conductas, actitudes o amenazas recurrentes de suicidio o automutilación
6. Afectivamente inestable, con notoria reactividad del estado de ánimo (por ejemplo episodios intensos de mal humor, irritabilidad o ansiedad, por horas o a veces días)
7. Sensación crónica de vacío
8. Hostilidad inapropiada e intensa, con dificultad para controlarla, hasta peleas físicas
9. Ideas paranoides transitorias.

La CIE 10 lo denomina Emocionalmente Inestable y distingue dos tipos: el impulsivo, con ausencia de control de sus impulsos, y el límite, con perturbaciones de la autoimagen, sentimientos de vacío, relaciones inestables, pudiendo llegar a acciones suicidas.

La inestabilidad emocional va acompañada de violencia impulsiva, reacciones violentas agudas, en ocasiones hacia sí mismo (desde autolesiones hasta intentar suicidarse) y muchas veces heterólogas, con ataques incluso corporales.

En el curso del tiempo, la literatura ha denominado a este cuadro de diversas formas: estado límite, borderline, y otras de difícil delimitación: neurosis de abandono [Guex 1950], yo piel [Anzieu 1985], trastorno neurótico severo [Hellwig 1979], personalidad neurótica [Reca 1973], estas últimas en ocasiones sinónimos de todos los trastornos de personalidad.

Como se ve, estos TP retraídos van aumentando su capacidad de reacción momentánea, disruptiva. Pareciera corresponderse con una mayor labilidad ante la fragmentación de la personalidad, de personalidad lábil a pérdida del sistema único denominado personalidad, esto es, psicosis.

#### b) TP en más = reactivos

##### 8 TP histriónico

Emotividad excesiva, búsqueda de atención

Por lo menos 5 de estas características:

1. Sensación de incomodidad cuando no es el centro de atención

2. Interacción frecuente mediante conductas sexualmente seductoras o provocativas
3. Cambios emocionales rápidos, expresión plana de las emociones
4. Uso constante de su aspecto físico para atraer la atención
5. Estilo conversacional basado excesivamente en impresiones, careciendo de detalles
6. Autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de sus emociones
7. Sugestionabilidad
8. Creencia de que sus relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

En la CIE 10 se lo representa con una afectividad superficial y lábil, teatralidad y dramatización, exageradamente expresivo, sugestionable, egocéntrico, autoindulgente, con demanda continua de afecto y atención, que se siente fácilmente herido y no tiene consideración por los demás. Distingue las personalidades histérica y psicoinfantil.

Este patrón de personalidad difiere de los anteriores. Éste y los siguientes son reactivos, ya que de modo constante cumplen con la definición de violencia, es decir, avasallan la dignidad de otras personas [Wernicke 2016]. Son intrusivos y no se repliegan. En los TP en menos, la mejor autoprotección es encerrarse. En los TP en más, la mejor autoprotección es avasallar la dignidad y la intimidad de los demás.

La característica esencial de este TP histriónico es la seducción, uno de los polos de la falta de respeto (el otro polo, en la relación con otros seres humanos, sería la indiferencia). Aquí se trata de la invasión activa del otro, un atropello. Al revés de lo que sucede en el habla popular, que considera a la seducción una manera moralmente lícita de acercarse al otro, de incitarlo a la interacción -en muchas oportunidades con clara connotación sexual-, aquí se toma a la seducción como síntoma. En el afán del individuo de ser centro de atracción, la invasión se lleva a cabo en este caso mediante el uso de recursos corporales.

Es característica la expresión emocional desbordante, altisonante, dramática, cambiante. Todo esto, sin que empero el sujeto planifique estos actos en su conciencia, siendo más bien inocente de ellos, hasta incluso sorprenderse (muchas veces divertido) de la reacción adversa que provoca. Esta sorpresa hace que en general adopte hacia extraños o conocidos una actitud demasiado familiar, intimista incluso, que incomoda al otro. Hay una captación y un uso de las necesidades del otro, presentándose como satisfactor (que resulta incompleto). Hace uso de una empatía artificial, una im-postura, que deja al otro insatisfecho al intuir la artificialidad.

#### 9 TP narcisista

Grandeza fantaseada y en la conducta, necesidad de reconocimiento como superior, ausencia de empatía

Por lo menos 5 de estas características:

1. Actitudes de grandeza y prepotencia: Exageración de sus logros y talentos, expectativa de ser reconocido como superior sin contar con éxitos que lo justifiquen
2. Inmersión en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado
3. Creencia de ser "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus, o sólo puede relacionarse con ellas
4. Excesiva necesidad de admiración
5. Actitud de privilegio, con expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable; expectativas de cumplimiento automático por los demás
6. Uso de los demás para sus propios fines
7. Anempatía: no se identifica con emociones y necesidades ajenas
8. Envidia o creencia de ser envidiado
9. Conductas arrogantes, de superioridad.

La CIE 10 sólo lo menciona como Otros Trastornos Específicos de la Personalidad, sin descripción.

El narcisista es pomposo, soberbio. La diferencia con el TP histriónico es que la emocionalidad ha quedado bajo control. Ya no es la seducción el rasgo principal, sino lo es la presentación ante los demás como grandioso, asombrándose el sujeto incluso de que los demás no se den cuenta de su superioridad, su brillo. Como todos los reactivos, también el narcisista se entromete en la vida de los otros sin considerarlos más que como objetos a ser utilizados. No hay empatía, esto es, no tiene la capacidad de resonar con las necesidades, las expectativas y las emociones de los demás.

#### 10 TP antisocial

Desconsideración y vulneración de los derechos de otros

Por lo menos 3 de estas características:

1. Incumplimiento de las normas sociales o legales; incluso hasta la detención
2. Engaños y mentiras repetidos, estafas para provecho o placer personal
3. Impulsividad y fracaso en planificar
4. Irritabilidad y agresión, con agresiones físicas repetidas
5. Imprudencia en cuanto a la seguridad propia o ajena
6. Irresponsabilidad constante; incapacidad repetida para cumplir responsabilidades laborales o económicas
7. Ausencia de remordimiento, con indiferencia o racionalización por herir, maltratar o robar.

La CIE 10 se refiere a este TP como asocial o disocial. Lo describe como descuidando sus obligaciones sociales, con endurecimiento emocional hacia los demás. Se diferencia notoriamente de las normas sociales. El castigo no modifica su rumbo. Es baja su tolerancia a la frustración y es bajo su umbral de violencia. Tiende a culpar a otros o a ofrecer racionalizaciones verosímiles en el

caso habitual de conflicto con la sociedad. Se distinguen los tipos amoral, antisocial, asocial, psicopático y sociopático.

Llegamos así a la culminación de la reactividad social. El antisocial es violento en sí, en este caso con una violencia a veces fácilmente observable y otras camufladas detrás de un personaje armado para resultar encantador, atrayente, simpático. Sus características centrales son la insensibilidad en relación con otras personas, y por tanto el engaño y la manipulación como forma de alcanzar sus fines. Su ausencia de empatía le permite pergeñar sus planes sin ataduras emocionales.

En este caso, el DSM5 deja asentado que el diagnóstico podrá efectuarse si el individuo tiene un mínimo de 18 años, aunque -señala- existen evidencias de un trastorno de conducta previo a los 15 años. El DSM5 describe al sujeto que padece un TP antisocial como cruel, cínico, despectivo hacia emociones, derechos y sufrimientos de los demás, con una concepción de sí mismo elevada, arrogante, sin preocupación realista acerca de sus problemas actuales o futuros, excesivamente obstinado, seguro de sí, engreído, presentándose con un encanto simplista y superficial, con capacidad verbal voluble y artificiosa. Es explotador en sus interacciones sexuales y de pareja, irresponsable en su rol como padre o madre. Puede no ser autosuficiente y llegar a la pobreza. Puede entrar en depresión.

A fin de diferenciar los TP narcisista y antisocial, el DSM5 remarca que en el narcisista se observa ausencia de impulsividad, agresividad o engaño y no hay antecedentes de trastornos de conducta ni delitos en la edad adulta. A su vez, el antisocial no requiere tanta admiración y envidia por otros.

Ambos casos comparten una niñez difícil, caracterizada por una mayor probabilidad de abuso o negligencia infantil, parentalidad inestable o irregular, con una disciplina parental inconsistente.

El Cuadro 6 aporta mayor claridad en cuanto a las diferencias entre los TP narcisista y antisocial.

Este TP antisocial es lo que todos conocen como psicopatía. El DSM5 recoge este último término como "modelo alternativo", en el que describe un estilo social dominante / asertivo, un estilo interpersonal audaz que enmascara conductas desadaptativas (por ejemplo los fraudes), con falta importante de ansiedad / miedo, afectividad negativa, desapego, búsqueda de atención e inmunidad al estrés, es decir, una observable estabilidad emocional resiliente.

En la cultura actual, promotora del individualismo y el eficientismo, muchas veces los TP narcisista y antisocial se funden en otro, que denominaré Trastorno de Personalidad Utilitarista: Este individuo aúna la soberbia, esto es, la aparente sobrevaloración de sí mismo, y la necesidad de reconocimiento admirativo con el desprecio y las evidentes violentaciones de la dignidad de los demás como estilo de vida, para conformar un cuadro de pragmatismo,

instrumentalización, individualismo, egoísmo, teniendo como objetivo el beneficio propio con maximización de las utilidades, con centración en las propias necesidades (no sólo primordiales, sino también secundarias), y desprecio flagrante de las necesidades del otro (Cuadro 7).

<b>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</b> (DSM 5: diagnóstico diferencial)	
<b>NARCISISTA</b>	<b>ANTISOCIAL</b>
obstinado, simplista, superficial, explotador, anempático	
<input type="checkbox"/> necesidad de admiración y envidia <input type="checkbox"/> sin antecedentes de trastorno de conducta <input type="checkbox"/> sin conducta disocial	<input type="checkbox"/> impulsividad <input type="checkbox"/> agresividad <input type="checkbox"/> engaño

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 6



Cuadro 7

Debe mencionarse que en la práctica clínica es extremadamente difícil hacer un diagnóstico puro de los trastornos de la personalidad según el DSM5. En general se trata de cuadros mixtos, con preponderancia de uno u otro. El DSM5 recoge esta eventualidad bajo Otros, incluso mencionando la posibilidad de un TP pasivo-agresivo.

Asimismo, en la práctica clínica hay individuos que presentan su cuadro con pocos signos y síntomas, es decir, un cuadro leve, así como otros mostrarán una mayor severidad, siendo los cuadros moderado o grave. Los cuadros leves muchas veces se adaptan a su medio ambiente lo suficiente como para que nadie busque ayuda profesional.

La CIE 10 menciona los Trastornos Mixtos, sin una estructura sintomática específica, de difícil diagnóstico, y los Trastornos Específicos, a saber las personalidades excéntrica, inmadura, narcisista, pasivo-agresiva, psiconeurótica y de tipo inestable.

La CIE 10 abunda en los Trastornos por Transformación Persistente de la Personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral. Tales transformaciones pueden ser consecuencia de experiencias catastróficas, de enfermedades psiquiátricas o de dolor crónico.

Por otra parte, la CIE 11 se refiere a Trastornos de la Personalidad y Rasgos Relacionados, dejando para los Trastornos de Personalidad una clasificación según severidad del cuadro (leve, moderado, grave). Independientemente describe los Rasgos o Patrones de Personalidad Prominentes, que a todas luces se corresponden con lo que el DSM5 y la CIE 10 vienen mencionando como TP. Son estos Rasgos:

- Afectividad negativa
- Desapego
- Comportamiento disocial
- Desinhibición
- Características anancásticas Patrón límite.

Es interesante resaltar que el DSM5 considera que los TP son diagnosticables en un 15% de la población adulta de los Estados Unidos de Norteamérica: En otras palabras, aproximadamente 1 de cada 7 personas son afectadas en ese país por una personalidad rigidizada en un patrón emocional / conductual, extremo, con poca capacidad de adaptación a las circunstancias. El dato interesa por la gran propagación del modelo cultural estadounidense en el mundo. Ciertamente, lo que es válido para una cultura puede no serlo para otra, pero la difusión del modelo norteamericano sobre todo desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial hace que se deba tener por importante para el resto del planeta un Manual Diagnóstico y Estadístico originariamente pensado para esa sola cultura.

## 2. Más allá del DSM y la CIE

### 1. Relaciones entre narcisismo y psicopatía

Es muy numerosa la literatura acerca de estos trastornos desde que fueron descriptos por primera vez a fines del siglo XIX, recibiendo desde entonces los más variados nombres. Específicamente, los narcisismos y las psicopatías han sido denominados manía sin delirio, patología de la voluntad, locura moral, afasia moral, desequilibrio constitucional, criminalidad nata, maquiavelismo, personalidad "como si", yo delincuente, perversión... También se les ha dado el sinónimo de sociopatía, que más adelante definiré aquí sin embargo de otra manera.

En tanto la psiquiatría tradicional procedía descriptivamente y organizaba una caracterología patológica, el naciente psicoanálisis de fines del siglo XIX y comienzos del XX se interesaba particularmente en la dinámica productora de los padeceres y su tratamiento. Las observaciones actuales son una mezcla de ambas consideraciones [Tölle 1982].

Así como hemos visto el TP narcisista como diferente del TP antisocial, debemos distinguir al narcisismo de la psicopatía.

Independientemente de su origen previo al psicoanálisis y su uso consolidado en éste por S. Freud [Freud 1914], hoy en día se reconoce al narcisismo y a la psicopatía como cuadros clínicos psicopatológicos.

Narcisista es aquel individuo que no se adecua al paradigma social imperante, la cultura en que está inmerso (la "normosis" [Weil 1999]). En un continuo, las dificultades en la autoestima de una personalidad considerada normal se deslizan hacia la personalidad alterada denominada narcisismo, en sus diversos grados. Con ello se ingresa en el campo de la psicopatología y la sociopatología, ya que el individuo presenta un trastorno afectivo con consecuencias conductuales negativas para sí mismo y para el entorno. En este continuo cada individuo presenta unos pocos a muchos síntomas, unos síntomas leves a otros más intensos, pasando así del narcisismo a la psicopatía.

- El narcisismo leve se presenta como un sujeto que intenta por todos los medios dejar clara su notoriedad, y que podríamos tipificar como un vanidoso. Sus características personales son juzgadas por el contexto como llamativas, generan sorpresa. Como un pavo real, se despliega para dejar clara su creída importancia. Nuestra sociedad individualista y eficientista estimula estas actitudes en hombres y mujeres que usan sus naturales talentos y sus profesiones u oficios para darse corte y mostrar al mundo su aparente importancia.

- El narcisismo moderado, a su vez, presenta un estilo soberbio, el cual resulta molesto a los demás por su forma de ser. Se muestra pagado de sí mismo, y llega a importunar por sus autorreferencias, su actitud envidiosa, su desconfianza, su subestimación de los logros y las cualidades de los demás...

- El narcisismo severo, llamado asimismo narcisismo extremo [Burgo 2015], es ya la personalidad antisocial o psicopatía, que daña a otros, tanto sea en conflicto con la ley (psicopatía delictual o criminal) como sin relación con el ámbito jurídico (psicopatía integrada o subclínica) (Cuadro 8). Éste último, holgadamente más frecuente que el tipo delictual, recibe este nombre porque se encuentra integrado a la malla social, convive cotidianamente con el entorno. Se agregan ahora la impulsividad, la crueldad, el engaño, la deslealtad...

---

**PSICOPATÍAS: Clasificación**

- ❑ **Narcisismo leve**  
vanidad - llama la atención
- ❑ **Narcisismo moderado**  
soberbia - molesta a otros
- ❑ **Psicopatía = Narcisismo extremo**  
daña a otros
  - delictual
  - integrada

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 8

---

El narcisista dedica su vida a preservar su imagen [Lowen 1985]. Usa una fachada, una máscara. Presenta una im-postura, vende su marca. Se muestra soberbio, superior. Cree ser especial y único, considera que es un elegido, con talentos especiales. Exagera sus logros ante los otros. Así es que trata de relacionarse con personas e instituciones que juzga de su nivel. Fantasea con el éxito, el poder, la propia brillantez, la propia belleza, busca un amor ideal ilimitado. Formula grandes planes que nunca cumplirá. Es vanidoso, engreído, arrogante, prepotente. Tiene necesidad de ser atendido y admirado, y lo exige como algo natural. Se cree privilegiado. Atraviesa las normas, comete infracciones, hace trampas (en el juego, en el estudio), le cuesta perder (en un juego, en un negocio).

Carece de empatía a nivel emocional. Puede evaluar cognitivamente el nivel cognitivo de los demás, pero no parece darse cuenta de las emociones de los otros, o no parecen interesarle. Es terco, simplista, superficial, explotador, despectivo. Subestima a las demás personas, pero las envidia, tanto como supone que es envidiado. Es desconfiado y perfeccionista, sin que haya autocrítica.

Su autoestima, aparentemente muy elevada, es frágil, muy sensible a críticas o fracasos. En realidad alberga emociones de inadecuación, vergüenza, humillación [Burgo 2015, Hornstein 2011], con temor de que se descubran sus defectos. De ahí que se frustre fácilmente, produciendo en ocasiones desde una hipomanía hasta una depresión. Si se ve criticado o desafiado puede contraatacar de manera desafiante, con airadas reacciones a estímulos de menor importancia. Son exabruptos explosivos, una conducta desestabilizada con gran inestabilidad emocional y tensión.

La psicopatía incluye todo lo anterior en forma exagerada. De ahí que podamos decir que todo psicópata es un narcisista, pero no todo narcisista es un psicópata. Se trata en este caso de un trastorno afectivo que añade conductas antisociales. Es anempático, autosuficiente. Se asume como -en algún sentido- superior al resto. Es egocéntrico, desinteresado en relación con los demás y con las emociones de los demás. Porque es anempático se permite practicar la instrumentalidad, ya que toma a los demás como objetos para sus fines. Eso le permite llegar al parasitismo, tratando de obtener beneficios gratuitos de otras personas. Se muestra impasible, frío, despótico, impulsivo, hasta cruel. No se culpa ni tiene remordimiento por el daño que causa para el logro de sus objetivos. Usa manipulaciones, seducciones, falsificaciones. Sus mentiras y monturas de personajes para obtener beneficios pueden llegar a la mitomanía, sin por eso ingresar a delirios o alucinaciones, siempre situado en la realidad conjunta. Utiliza fabulaciones, simulaciones, disimulaciones [Ingenieros 1900], hipocresías.

Al no poder establecer una relación entre iguales, practica el acoso, tanto moral [Hirigoyen 1998] como sexual [Piñuel 2015], tanto en el ámbito laboral como en la pareja.

Su insensibilidad le permite pergeñar planes de explotación, robos y hurtos, con desvergüenza y deslealtad. También es insensible a los castigos que le inflige la sociedad, tanto se trate de consecuencias negativas de su proceder, rechazado por la familia o el grupo, como de consecuencias jurídicas (multas, cárcel): no parece aprender de los rechazos de los demás. Vive en la inmediatez, con ausencia de un proyecto de vida, aburrido por no hallar un sentido en la vida, en busca de gratificaciones inmediatas. No se responsabiliza de sus daños, no se hace cargo de sus obligaciones. Siempre sabe culpar a otros por las circunstancias.

Una faceta hace al psicópata particularmente riesgoso para quienes lo rodean: Sabe presentarse en cumplimiento de sus fines como atractivo, hasta

encantador, muy simpático, captando las necesidades y expectativas de sus interlocutores a fin de ofrecer exactamente aquello que la otra persona y el grupo social estaban esperando. Son promesas que dan en el clavo. Así, puede disfrazarse de excelente vendedor, amante o político, para después incumplir lo prometido.

En la psicopatía, los exabruptos explosivos, conductas desestabilizadas con gran inestabilidad emocional y tensión, pueden llegar a lo que en casos severos se ha dado en llamar tormentas psicopáticas [Marietán 1999], por ejemplo homicidios, violaciones, masacres u otros actos asociales extremos.

## 2. Definición, psicodinámica, género, sistema

En resumen, la psicopatía puede definirse como un trastorno de la personalidad de base narcisista y desarrollo antisocial, o trastorno utilitarista, en una personalidad estructurada que ejerce control consciente absoluto sobre sus propias emociones y presenta anempatía (ausencia de resonancia emocional), todo ello debido siempre a grandes impactos emocionales en la niñez.

Son características salientes de este patrón estable en el tiempo:

- La desconfianza
- La intrusión
- La anempatía
- La carencia de consideración, respeto y reconocimiento de los demás como personas, afectando su dignidad.

El narcisismo y su grado extremo, la psicopatía, deben estudiarse desde muy diversos puntos de vista: socioculturales, familiares, morales, educativos, psicopatológicos, evolutivos, médicos, legales y jurídicos, políticos, institucionales y empresariales. De acuerdo con sus facetas personales más notables, pueden distinguirse en la vida diaria y en la clínica diversos tipos: inafectivo, inmaduro-dependiente, fabulador-idealista, seductor, sabelotodo, confundidor, soñador, megalómano, moralizante, gimnasta, adicto, impulsivo, acosador, vengativo. Así, nos encontraremos con quien simplemente se presenta como "objetivo" y frío, o como aparentemente dependiente para no tomar sobre sí alguna responsabilidad, o como pintor de excelentes futuros, o como relator de nuestros mejores talentos a los cuales parece caer rendido, o como sabihondo que trata de subyugarnos con sus saberes, o como argumentador vacuo que nos confunde con sus lógicas, o como poseedor de una presunta superioridad en su posición social y/o económica, o como poseedor de verdades morales impecables, o como eximio deportista, o como adherido a acumulaciones o drogas o títulos mostrándonos las bondades de dichas colecciones, o como sorprendente en sus reacciones inesperadas pero

siempre aparentemente justificadas, o como insistente en atravesar nuestra piel tanto psicológicamente como desde el punto de vista corporal sin nuestro permiso, o como atemorizante hasta aterrorizante para alcanzar sus designios.

Como sea, se sube a un pedestal que él mismo construye, en la esperanza de que lo miremos desde abajo. Se des-ubica, se sale de su lugar, y sorprende o molesta o daña. Se ha denominado al psicópata un "sol negro" [Marietán 2005], ya que toma la energía de los demás, los vampiriza.

La psicodinámica profunda del narcisismo y la psicopatía nos muestra una personalidad de emociones controladas y soterradas, consistentes en sentimientos de inadecuación (des-ubicación, des-colocación) y vergüenza, soledad, desamparo, miedo al rechazo, hostilidad (despecho) hasta furia ("tormenta"), decepción, aburrimiento. Siempre hay insatisfacción temprana de las necesidades primordiales. Hay conciencia plena de sus acciones (por lo cual es legalmente punible), preguntándose muchas veces por qué no puede amar, con temor -a veces manifiesto- a caer en la locura. En ocasiones, hay períodos de aislamiento, a la manera de crisis del sentimiento de inadecuación: Me siento mejor solo.

El narcisismo y la psicopatía afectan a ambos sexos y a todos los géneros. La mujer se caracteriza por utilizar más el encanto, el coqueteo, el sexo, la manipulación verbal. Es mayor su discreción, con menos vanagloria expresa de sí misma. Alaba y refuerza a otros a fin de aumentar su control, pero puede humillar, desgastar. Muestra una mayor propensión a esparcir rumores negativos respecto de sus víctimas. Presenta más trastornos emocionales y, como es esperable, es mayor su impacto familiar.

Su patrón estable de personalidad, anempático, se reviste de un personaje "como si": juega a ser una superpareja y supermadre y lo publicita. Es difícil darse cuenta, y los observadores, incluidos los profesionales, descreen de que se trate de alguien diagnosticable, bajo la influencia cultural de que una esposa y madre siempre es amante, sana, honesta. Tampoco la pareja o el hijo lo perciben, pese a que quedan en el rol de una posesión que deben satisfacerla. Es notorio sin embargo que se trata de una mujer - madre imposible de satisfacer, tolerar, comprender. El hijo, a la larga, siempre presentará alguna dificultad de adecuación social, y muchas veces se violenta en el hogar o se aleja de él.

Alrededor del narcisista y el psicópata, hombre o mujer, se conforma un sistema familiar psicopático. La pareja se constituye en co-psicópata. Obtiene un beneficio secundario, que es la satisfacción incompleta de sus necesidades, pero permanece insatisfecha, ya que no logra conseguir un reconocimiento como persona, pese a que sigue intentándolo una y otra vez. Ha aprendido a soportar el maltrato. Como sea, el sistema familiar gira alrededor del narcisista o del psicópata y trata de satisfacerlo, pero siempre falta algo, nunca se llega a mantener con él una relación estable que sea agradable, placentera, sin que interfiera la sensación de que siempre hay que darle algo más, con la frustrante

sensación de que es a cambio de nada. En ocasiones, no siempre, las personas significativas terminan alejándose.

Las manipulaciones, tanto en el entorno familiar como en general, son una herramienta preferida del anempático. Consisten en diseñar un plan, a veces extenso en el tiempo, para conseguir lo que quiere. Para eso puede seducir, lisonjear, regalar, hacer que la víctima se sienta de maravillas, atendida, comprendida, reconocida, amada. Pero la manipulación no sólo consiste en conseguir lo que quiere, sino asimismo en encerrar a la víctima como en una telaraña: conmigo todo (por ahora) y con el afuera nada, separando a la víctima-posesión de otras personas significativas (parientes, amigos).

Las reacciones del entorno varían. Van desde la negación (no está pasando nada importante) a la admiración, seguida recurrentemente de decepciones. Puede haber credulidad y compromiso, aceptando al que se reviste de superioridad como efectivamente superior, con compromiso o con sumisión e indulgencia. Siempre habrá frustración, impotencia, insatisfacción. Y el sistema circundante -tanto sea la familia o las amistades o todo un pueblo- hará intentos de razonar para que cambie, dará respuestas diversas: crisis de autoridad, violencias, distanciamientos. Finalmente, a veces, aparecen la denuncia y la advertencia a otros. Todo esto, en cualquiera campo: el amoroso, el comercial, el legal, el político...

### 3. La víctima

Las víctimas propicias de estas personalidades alteradas presentan siempre -en diverso grado- un yo débil, con amor propio, autoestima, dignidad bajos, personas transitoriamente o constantemente insatisfechas, debilitadas, vulnerables, con necesidades primordiales (afecto, pertenencia, valoración) insatisfechas [Wernicke 1989] y/o con diagnósticos corporales, psicológicos o sociales de baja consideración social. En suma, personas que se presentan débiles en su eje de estabilidad, es decir, en aquellos rasgos de máxima coherencia y máxima permanencia en el tiempo que el sujeto presenta, en todas sus dimensiones, el resumen de sí mismo, lo más característico y constante en un sentido tanto sistémico como dinámico como transdimensional. Dicho eje se nutre del intercambio constante con el medio y se halla en constante modificación. Su coherencia interna sólo es posible por un proceso de máxima decantación de aquellas características más típicas de cada individuo [Wernicke 2004c, 2011]. Los impactos, ya sean biológicos, emocionales o cognitivos, pueden reducir esta coherencia, dejando al individuo a merced de personalidades intrusivas que debilitarán el eje de estabilidad aún más. La salud puede definirse como la leve fluctuación alrededor del eje de estabilidad del individuo.

Personas cercanas al narcisista o psicópata, vulnerables a su accionar, son en la familia sobre todo hermanos menores, en particular si se trata de niños, tanto más cuanto mayor sea la brecha etaria, o la propia madre, que suele ser absurdamente indulgente. También pueden ser sus víctimas su pareja y sus hijos, o miembros de la familia ampliada. La víctima sufre: generan miedo y sorda hostilidad las pérdidas, las violentaciones, los abandonos, las vergüenzas, los menosprecios, las recriminaciones, todo lo cual lleva a decepción, la matriz que en caso de permanencia en el tiempo se transforma en el cuadro clínico de la depresión. Su defensa consiste entonces en el desinvertimiento, ya sea tomar distancia o recurrir a la indiferencia, la frialdad y hasta la abierta hostilidad.

En muchos casos, la víctima ingresa en un cuadro de sacrificio: Para recibir aceptación, intenta ser solidaria sin respetar su propia dignidad. Se inflige por tanto un daño a sí misma, debilita su eje de estabilidad, cuya fluctuación aumenta, deja la salud para ingresar a la enfermedad. Al no estar bien consigo misma genera emociones de miedohostilidad, constituyendo una falsa solidaridad, un esfuerzo por hacer el bien sin estar bien consigo misma, un sacrificio.

#### 4. Diagnóstico y escalas diagnósticas

A la hora de establecer un diagnóstico de narcisismo o de su grado extremo, la psicopatía, es importante tener en cuenta que no es una patología siempre detectable, dado que muchas veces sólo se la observa a través de sus consecuencias, que los trastornos de personalidad pueden presentar características mezcladas de varios de ellos, y que en sus bordes puede haber un estado prepsicótico o, del otro lado, características neuróticas. No obstante, narcisismo y psicopatía deben diferenciarse de los demás TP y de las neurosis y las psicosis, así como de cuadros de adicción. En tanto narcisismo y psicopatía son personalidades lábilmente estructuradas que cierran el acceso consciente a sus propias emociones, la psicosis de la niñez tardía, la adolescencia y la adultez consiste en la pérdida de la estructuración de la personalidad, con alteración de la percepción de la realidad. Las llamadas psicosis tempranas o trastornos generalizados del desarrollo, actualmente denominados trastornos del espectro autístico, consisten en la ausencia de estructuración de la personalidad. Por su parte, las neurosis son personalidades bien estructuradas, con defensas contra el dolor producido por ciertos aspectos de la realidad (ilusión o recorte de la realidad). Mención especial merecen las neurosis obsesivo-compulsivas, en que el individuo también intenta cerrarse a sus propias emociones mediante la construcción de interminables lógicas, aunque sin lograrlo con la perfección que se observa en narcisistas y psicopatas.

El alcohol y las drogas, en bajas dosis, son facilitadoras. En un narcisista o psicópata logran así aminorar el sentimiento profundo de inadecuación / vergüenza. Sin embargo, puede establecerse un círculo vicioso, de vergüenza por haber consumido. Aparecen conductas compulsivas de adicción: adicción a drogas, trabajo, alimentación, pantallas; sexo promiscuo, eyaculación u orgasmo como necesidad "higiénica" con uso del otro, con un gran nivel de autoexigencia y omnipotencia, todo esto mediante la representación de personajes sociales, en ausencia de empatía.

El trabajo de H. Cleckley (1941) constituyó un texto de referencia para las actuales consideraciones acerca de la psicopatía. Estableció la base para que Hare y Neumann (2008) desarrollaran la escala PCL-R, que tal como existe en el presente trata de tipificar al sujeto psicopático [Kapsambelis 2012], si bien lo observa en dicha escala desde el punto de vista delictual. Consiste en una lista de síntomas, como se muestra en el Cuadro 9, que podemos emplear como recordatorio de todo lo que se podría hallar en una persona con estas características.

---

#### ESCALA PCL-R (Hare y Neumann 2008)

1. Locuacidad y encanto superficiales
2. Autoestima sobredimensionada
3. Necesidad de estimulación externa, aburrimiento
4. Mentiras compulsivas
5. Engaños, manipulaciones
6. Ausencia de culpa o remordimiento
7. Afecto superficial
8. Insensibilidad, falta de empatía
9. Parasitismo
10. Débil dominio de sí
11. Promiscuidad sexual
12. Problemas de conducta precoces
13. Planificaciones de largo plazo no realistas
14. Impulsividad
15. Irresponsabilidad
16. Incapacidad para asumir la responsabilidad de sus actos
17. Cohabitaciones breves
18. Delincuencia juvenil
19. Violación de límites incluso judiciales
20. Delitos

Cuadro 9

---

Por su parte, Burgo [Burgo 2015] propone una Lista de Control como manifestaciones de narcisismo extremo, las cuales divide en cinco áreas sintomáticas:

1. Empatía y emociones
2. Autoimagen y comparación social
3. Impulsividad
4. Relaciones interpersonales
5. Código moral y sentido de responsabilidad.

La Lista de Control, que aquí he modificado levemente y que podría emplearse como listado general de síntomas de narcisismo y psicopatía, es la que muestra el Cuadro 10:

---

#### LISTA DE CONTROL de Burgo (2015)

##### 1. EMPATÍA Y EMOCIONES

- Se siente inadecuado, con incomodidad emocional
- Pobre interés por el otro y sus emociones
- Acusa al otro de ser sentimental o reaccionar exageradamente
- Niega estar enojado o alterado
- Envidia y cree que lo envidian
- Ataca con ira cuando se siente herido
- No percibe las consecuencias de su conducta en otros

##### 2. AUTOIMAGEN Y COMPARACIÓN SOCIAL

- Le preocupa cómo lo perciben
- Petulancia: Arrogante, vanidoso, altanero, exagera sus logros
- Intenta llamar la atención y provocar admiración
- Hipercompetitivo, ambicioso
- Se ofende fácilmente, cree que intentan denigrarlo
- Desdeñoso a espaldas de los demás
- Ridiculiza, culpabiliza

##### 3. IMPULSIVIDAD

- Carece de autocontrol, también con el dinero
- Come y bebe por demás, usa drogas
- Adicto al trabajo
- Proyectos grandiosos que no siempre puede cumplir
- Idealiza romances
- Toma decisiones importantes sin pensarlo adecuadamente
- Infiel, desleal, también en el matrimonio

#### 4. RELACIONES INTERPERSONALES

- Controlador, abusador, manipulador, insistente
- Puede ser seductor
- Celoso, posesivo
- Interrumpe y domina al conversar
- Desconfiado
- Exige lealtad incondicional

#### 5. CÓDIGO MORAL Y SENTIDO DE RESPONSABILIDAD

- Insiste imperturbable en que está en lo cierto
- Miente, oculta para su beneficio
- Culpa a los demás para manipularlos
- Humilla y siembra la duda en otros
- Se victimiza
- Justifica sus errores
- Participa de actividades poco éticas
- Se siente con derecho a obtener lo que desea

Cuadro 10

Marietán [Marietán 1999] formuló su Descriptor de Psicopatía, que dividió en tres capítulos: autosatisfacción de necesidades particulares, cosificación de otros y actos graves. Se presenta en el Cuadro 11 una versión modificada basada en dicho Descriptor, respetando sus datos.

### DESCRIPTOR DE PSICOPATÍA de Marietán (1999), modificada

#### A. AUTOSATISFACCIÓN DE NECESIDADES PARTICULARES

NECESIDAD	CONDUCTA
- Concepto propio de libertad	- No respeta normas
- Base en códigos propios	- Ausencia de remordimiento / culpa - Intolerancia a frustraciones - Descompensaciones - Defensividad exagerada
- Repetición de patrones	Sobre todo tras desestabilización emocional: - Ritos, automatismos - Aburrimiento - Proyectos escasos

- Necesidad de estímulos intensos	- Riesgos, drogas - Búsqueda de emociones intensas, incluso sexuales
-----------------------------------	---

## B. COSIFICACIÓN DE OTROS

RASGO	CONDUCTA
- Egocentrismo - Anempatía - Manipulación - Coerción - Parasitismo - Utilitarismo - Insensibilidad	- Sobrevaloración personal - Seducción - Mentiras - Actuación - Crueldad - Tolerancia a tensiones (ejemplo: castigos)

## C. ACTOS GRAVÍSIMOS

- Tormenta psicopática - Perversiones sexuales	- Homicidio, masacre - Violaciones, etc.
---	---

Cuadro 11

## 5. Sociopatía

Considero que debemos llamar sociopatía a la patología de aquellos psicópatas que para el logro de sus fines se asocian a otras personas, sean éstas psicópatas o no. De tal modo organizan bandas de asaltantes, o barras bravas de violencia en el fútbol y negocios corruptos, o grupos de empresarios que estafan a sus clientes, o asociaciones ilícitas económicas o grupos políticos que aspiran sólo a alcanzar el poder para hacerse del botín del estado, corrompiendo las instituciones y abandonando sus deberes para con la población. Pueden aplicar la astucia, la hipocresía y la maldad para conseguir lo que han planificado, con una filosofía moral que subordina los principios morales a la eficiencia, bajo la premisa de que el fin justifica los medios. Así como todo psicópata es un narcisista, todo sociópata es un psicópata.

La sociopatía puede llegar a conformar una vasta subcultura psicopática con consecuencias para todos sus miembros, incluidos los niños, participen o no de la sociopatía grupal, en que el estilo de vida pasa a ser una psicopatía colectiva en que impera el utilitarismo. Podría llegar incluso a constituir una subcultura delictual.

Una expresión limitada de la sociopatía, en un ámbito más circunscripto, es el bullying (patoterismo, acoso escolar) practicado por grupos de escolares, niños o jóvenes en contra de alguien a quien se elige como víctima por alguna característica diferencial respecto del grupo, que minusvalora dicha característica [Wernicke 2014].

En un terreno más abstracto pero de consecuencias muy concretas podemos ubicar la sociopatía ideológica, a saber la construcción de estructuras de pensamiento (teorías políticas o económicas o filosóficas) que expliquen y avalen el daño a la mayor parte de la población, como son las ideologías antidemocráticas: por ejemplo nazismo, fascismo, populismo, neoliberalismo, Los despotismos son justamente sistemas de gobierno en que alguien gobierna sin sujeción a ley alguna, abusando de su poder o autoridad, desde las autocracias, en que se concentra el poder en una sola figura, hasta las plutocracias, en que el poder está en manos de los más ricos.

También ha de mencionarse la sociopatía ecocida, es decir, la acción de grupos de poder político y económico en contra de la naturaleza y por tanto de la sobrevivencia del planeta tal como lo conocemos (Cuadro 12).

---

**SOCIOPATÍA**

- ❑ Patología grupal en que los psicópatas se asocian a otras personas, psicópatas o no, para el logro de sus fines
  
- ❑ Psicopatía colectiva
- ❑ Utilitarismo grupal
  
- ❑ En:
  - bandas, empresas, instituciones, subculturas
  - ideologías, ecocidio

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 12

---

Quando se habla de narcisismo, psicopatía y sociopatía siempre se ha de considerar el fenómeno de la violencia [Wernicke 2000, 2014, 2014, 2016], que puede definirse del modo siguiente: En base a una asimetría de poderes, se trata de toda acción u omisión que de manera directa o indirecta, en el ámbito tanto público como privado, afecte la dignidad de otro ser. Desde el punto de vista del victimario, es un ataque cuyo fin no consiste en autosatisfacer

necesidades primordiales, sino sólo necesidades secundarias, deseos. Desde el punto de vista de la víctima, es un ataque productor de miedohostilidad que impide la satisfacción de necesidades primordiales. Los actos violentos deben llamarse violentaciones, de las cuales las violaciones son un caso particular. Ejemplos de violentaciones son el maltrato psíquico (de la mirada al insulto) y corporal (del empujón a la violación), pasando por descalificaciones, torturas, opresiones (políticas, económicas, religiosas, étnicas), la inequitativa distribución de las riquezas (en una familia o en un país), crueldades varias que sólo pueden cometerse cancelando las propias emociones. El ejercicio del poder violento, cualquiera sea, en cualquier ámbito, es la cúspide de estas patologías.

Una cultura puede ejercer la violencia simbólica [Bourdieu 2010]. Lo hace mediante la imposición de roles sociales, cogniciones y estructuras mentales, generando una tensión cultural entre dominadores y dominados. La violencia, así, puede ser expresa o encubierta.



### III. QUÉ LOS CAUSA

#### 1. Trastornos del desarrollo temprano

La psicogénesis es siempre resultado de la interacción mutuamente influyente de la biogénesis y la sociogénesis, con participación inevitable y constante de todas las dimensiones del ser humano.

Como queda dicho, el eje de estabilidad de cualquier sistema, y también de un individuo, está constituido por sus rasgos de máxima coherencia y máxima permanencia en el tiempo. Se trata de las características más centrales, en todas sus dimensiones. Tal coherencia interna se da por máxima decantación de las características más típicas y permanentes en interacción con el medio. En consecuencia, el eje de estabilidad se modifica constantemente o, dicho en otras palabras, la estabilidad sólo es posible gracias a la actividad (la dinámica, incluida la psicodinámica) del sujeto en el contexto.

Las conductas narcisistas y psicopáticas afectan la dignidad de otros. Puede definirse a la dignidad como el valor inherente a todo ser con capacidad de decisión. En un marco amplio, eso incluye a todo ser vivo. Digno es, de acuerdo con el diccionario, aquello que merece respeto o admiración y que corresponde al mérito y la condición. Eso incluye cuanto menos a todos los seres humanos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948, Art. 1) establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. La Constitución de Alemania en su Art. 1 señala que la dignidad del ser humano es intocable.

El interjuego entre individuo y contexto consiste, desde la concepción, en propuestas ofrecidas por el contexto que el individuo aprende a preferir como satisfactoras de sus necesidades primordiales. Estas circunstanciales satisfacciones de sus necesidades quedan grabadas en el sujeto, que desde ese momento buscará esos satisfactores para cubrir sus necesidades. Aparece así el deseo.

Estas Modalidades de Interacción constituyen por consiguiente caminos aprendidos de gestionar los datos, acciones que se van convirtiendo en actitudes y hábitos, que otros autores han denominado modelos operatorios internalizados [Bowlby 1964] o pasos de baile [Norwood 2000]. En educación corresponden a lo que se denomina el currículum oculto. Son patrones que van estructurando la personalidad, por lo que imponen valores y generan lealtades. [Wernicke 2004c].

En palabras de Piaget [de Ajuriaguerra 1972], las Modalidades de Interacción van dando lugar a esquemas: "Asimilar un objeto a un esquema es tratar de satisfacer una necesidad y, al mismo tiempo, dar una estructura cognoscitiva a la acción".

En términos psicoanalíticos, el yo requiere para su integración la imagen de un Otro. Se interioriza así una interacción. Desde un comienzo hay relaciones objetales [Klein 1932]. Al describir el estadio del espejo, Lacan [Lacan 1949] señala que el bebé anticipa imaginariamente su unidad corporal, existiendo una autoidentificación previa a la identificación con el Otro. En este caso particular de la relación organismo – realidad, es decir, mundo interno – contexto, el niño se reconoce como gestalt constituyente, más que constituida. El grato reconocimiento de sí en el espejo, aproximadamente a los 6 meses de vida extrauterina, simboliza la permanencia mental del Yo.

La vida comienza con la concepción. Si bien podemos hablar desde ese momento de un yo como programa de desarrollo, como proyecto de futuro, recién comienzan a delinearse las Modalidades de Interacción. Es un yo que constituirá un eje de estabilidad, coherente y permanente, de acuerdo con las circunstancias vividas. Pero al comienzo no conoce sus límites ni puede diferenciarse del afuera. No puede distinguir sino lentamente sus sensaciones internas de las sensaciones que provienen del exterior. Las emociones se van constituyendo según las satisfacciones -e insatisfacciones- que vivencia, son sensaciones que abarcan todo el yo.

De la dependencia absoluta el ser humano pasa progresivamente a una fase de independencia. Delimita su yo y hacia los 2 años o un poco más se reconoce como tal. Habla en primera persona: Se ha estructurado la personalidad.

El sistema madre-hijo admite a su vez, constantemente, intervenciones del medio. Cuando el niño no está interactuando con la madre igualmente se halla interactuando con el medio. Las interacciones de gran carga emocional pueden provocar un lazo emocional profundo con el medio (por ejemplo la madre, pero también con otras personas). Es una interacción que debe definirse como relación. Las emociones del sujeto se acoplan a las de otro, manteniendo cada uno su individualidad. El nosotros indiferenciado del comienzo se transforma, a través de la progresiva independización del yo, en un nosotros armónico en que el sujeto se reconoce como tal y se relaciona con el otro.

Si estas relaciones son sanas, se produce una confirmación de la confianza primordial. Para ello las necesidades primordiales deben ser satisfechas en tiempo y grado [Wernicke 1990].

En un continuo, las insatisfacciones muy tempranas, intrauterinas y durante los primeros 18 meses de edad (descalificación, abandono, miedos en el contexto) darán lugar a una construcción anómala del eje de estabilidad: los trastornos del espectro autístico, primero los autismos y la psicopatía autística y luego el síndrome de Asperger. Al respecto, cuando Asperger describe sus casos en 1943 [Asperger 1943] se refiere en el mismo año a casos más leves que los de Kanner [Kanner 1943, 1972], y cree ver en ellos un trastorno del carácter (caracteropatía), de ahí que les haya llamado psicopatía autística, concepto hoy abandonado.

Si una vez atravesada la etapa de la primera estructuración yoica, a fines del período sensoriomotor y comenzada la etapa preoperatoria [Piaget 1926, 1947] hay ausencias o demoras en la oferta de satisfactores de necesidades primordiales, un aumento del afecto displacer (Cuadros 1 y 2), con incremento de carencias emocionales y quizás cognitivas, se organizan sistemas funcionales [Wernicke 1986] de signo diferente. El estado general es de decepción.

En el continuo de edades de instalación de los diversos cuadros clínicos tempranos de la psicopatología infantil, es dable deducir la progresión que se presenta en el Cuadro 13.



Cuadro 13

---

Cuando el resultado es un TEA (trastorno de espectro autista), debe suponerse una descalificación temprana global (el niño no dispone de un lugar en la red contextual). En cambio, cuando se instalan un narcisismo o una psicopatía o una sociopatía debe suponerse un rechazo temprano global (un "afecto no correspondido").

Para la teoría de la comunicación, la diferencia entre descalificación y rechazo es mayúscula. En la descalificación hay exclusión del otro como interlocutor, más que desprecio hay indiferencia, se silencia el disenso (se discapacita la interlocución), lo cual lleva al sometimiento como única opción. La indignidad adjudicada es total. En el rechazo, en cambio, sí hay un interlocutor válido, al cual se maltrata.

El niño suele mostrar indicios de desadaptación emocional y respuestas inmaduras, impulsivas. Se observa una mayor sensibilidad, con berrinches y

exabruptos. Puede llegar a robar o drogarse y a escapar de su hogar. Es común que presente enuresis. Se lo ve terco, desafiante, jactancioso [Kolb 1983].

La relación existe, porque hay un lazo emocional profundo. Pero las emociones son negativas, decepcionantes. El niño queda herido, herido en su dignidad, no logra sentirse adecuado al ambiente, no logra confiar, la confianza primordial se pierde.

En el narcisismo, la psicopatía y la sociopatía siempre hubo una niñez con altos impactos emocionales negativos. Se trata de una cultura psicopatogenizante, de valores familiares laxos. Se vive en carencia afectiva, hay un rechazo afectivo temprano. La madre es absurdamente indulgente, hace gala de una gran permisividad. El padre es rechazante o incluso se halla ausente (porque no interviene o porque efectivamente no convive). El rechazo ambiental, a veces, se convierte en castigos severos, incluso corporales. Es un agravante, pero no un dato necesario, la carencia económica. Estos cuadros son propios de todas las clases sociales.

En muchas ocasiones la interacción madre-hijo se ve empañada por la propia historia personal de la madre. Muchas veces ella ha abandonado su hogar parental, y siente que tiene poco que ofrecer. Espera mucho del niño, y se frustra porque éste no realiza lo esperado en su fantasía materna. Los padres del niño tienen por lo general una mala relación de pareja, y muchas veces hay separaciones y divorcios, tras escenas violentas de las que el niño participa involuntariamente. De modo no consciente, la madre fomenta la conducta antisocial mediante su permisividad, que parece satisfacer de forma vicaria las necesidades insatisfechas de ella [Kolb 1983]. Podría decirse que ella se siente secretamente orgullosa de que su hijo traspase los límites que a ella le hubiese gustado traspasar.

El DSM5 da indicios de estos antecedentes en la niñez. El narcisismo y la psicopatía son definidos como patrones estables que, dice, se inician en la juventud. Sin embargo, menciona asimismo los Trastornos de Conducta, en niños con las siguientes características:

- Violan los derechos básicos de los demás
- Violan normas
- Agreden a personas / animales
- Destruyen propiedades
- Producen fraudes y hurtos.

El DSM5 describe además:

1) El Trastorno de Apego Reactivo, que describe así:

A. Presenta una conducta inhibida constante. Es emocionalmente retraído ante los cuidadores adultos. Raramente busca consuelo o se deja consolar

B. Presenta una alteración social y emocional persistente, que consiste en dos o más de:

1. Reacción social y emocional mínima ante los demás

2. Limitado afecto positivo

3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicados, evidentes incluso durante interacciones no amenazadoras con sus cuidadores adultos

C. Ha experimentado un patrón extremo de cuidados insuficientes, que consiste en uno o más de:

1. Negligencia: ausencia persistente de satisfacción de necesidades emocionales básicas; sin bienestar o estímulos o afecto

2. Cambios repetidos de cuidadores, sin poder crear apego estable

3. Educación en contextos no habituales (por ejemplo instituciones)

D. El cuidado es el responsable de la alteración de la conducta

E. No es TEA

F. Es evidente en menores de 5 años

G. Tiene una edad de desarrollo superior a los 9 meses.

2) El Trastorno de Relación Social Desinhibida, que detalla así:

A. Interactúa activamente con adultos extraños, sin reticencia, con conductas verbales o corporales demasiado familiares para la cultura y los límites sociales

Presenta la disposición a irse con un adulto extraño sin vacilar

Ante el riesgo no recurre a su cuidador adulto, aun en contextos extraños

B. No se limita sólo a la impulsividad, sino que incluye una conducta social desinhibida

C. Ha experimentado un patrón extremo de cuidados insuficientes, que consiste en uno o más de:

1. Negligencia: ausencia persistente de satisfacción de necesidades emocionales básicas; sin bienestar o estímulos o afecto

2. Cambios repetidos de cuidadores, sin poder crear apego estable

3. Educación en contextos no habituales (por ejemplo instituciones)

D. El cuidado es el responsable de la alteración de la conducta

E. Tiene una edad de desarrollo superior a los 9 meses.

Como se ve, los puntos C. y D. de ambos cuadros son idénticos. En ambos casos, tanto en el trastorno de apego por reacción al ambiente como en el trastorno con desinhibición en las relaciones sociales, la etiología remite a las deficiencias en el cuidado del niño, específicamente insatisfacción de necesidades primordiales (Cuadro 1) e incertidumbre frente a un contexto constantemente cambiante o institucionalizado (y por tanto en la mayoría de los casos con afecto deficitario). Se trata siempre de una carencia infantil en edades muy tempranas. El DSM5, que intenta no tratar etiologías, subraya aquí claramente que se trata de causas netamente sociales. Es el rechazo temprano por parte del contexto íntimo el factor que une a ambos cuadros.

Se trata de cuadros clínicos de la niñez que recuerdan a los trastornos de la personalidad. La causa reside en la falta de cuidados, que se manifiesta en una estimulación inadecuada. La estimulación satisfactora, armonizante, produce emociones placenteras, responde a la necesidad particular, responde a la edad madurativa, se brinda en el momento en que es requerida y en la cantidad en que es requerida. En cambio, la estimulación insatisfactora, patologizante, produce emociones displacenteras, no responde a la necesidad particular, responde a otras necesidades supuestas y/o está dirigida a otra edad madurativa, se brinda demasiado pronto, antes de que el sujeto manifieste la necesidad, o demasiado tarde, cuando la insatisfacción de la espera anuló la satisfacción del estímulo entrante, se brinda exiguamente o en demasía.

Según la Teoría de la Programación Fetal de Barker (1989) [Olza 2006] esta estimulación alterada y alteradora comienza in utero. En lo que se define como epigenética, las influencias ambientales logran una modificación de la expresión del ADN sin alterar su secuencia. Se hace muy difícil, en consecuencia, sostener un origen genético para estos cuadros infantiles o de adultos, toda vez que estos argumentos se verían discutidos por las influencias contextuales durante la vida intrauterina.

Las estimulaciones patologizantes conducen a una desadaptación psicosocial, que puede definirse como la situación en que la persona queda sometida al déficit o la ausencia de apoyos o incluso a barreras obstaculizantes en su desarrollo (y por tanto a la ausencia total o parcial de inclusión dentro del flujo principal de la cultura) [Wernicke 2012]. Es una desadaptación simultáneamente psíquica (un eje de estabilidad alterado, debilitado) y social (una dificultada vinculación con el contexto).

## 2. Apego y trastornos del apego

Se llama apego al lazo constituido por parte del niño con su madre en busca de satisfacción de sus necesidades primordiales, en particular la seguridad, una tendencia natural constante a buscar cercanía y protección, en particular en situaciones de peligro o cansancio [Massie y Rosenthal 1986]. Son la desprotección y la percepción de amenaza las que activan particularmente el apego. La madre responde con lo que se denomina ligazón, a fin de brindar al niño una "base segura" [Bolwby 1979, Giardini 2016b].

Un comportamiento de apego es toda forma de conducta en que un sujeto consigue o mantiene una proximidad diferenciada con otra persona considerada más fuerte y más sabia, preferentemente única [Bolwby 1979].

Un trastorno de apego consiste en un rechazo temprano global del niño producido por el contexto íntimo. Este rechazo conduce por ejemplo a lo que el

DSM5 denomina trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida. Dependerá de la edad de mayor impacto de esta conducta contextual patologizante y de su intensidad (descalificación o rechazo) que el desarrollo anómalo consecutivo sea

- ❑ La ausencia de estructuración de la personalidad:
  - una psicosis temprana =TGD = TEA, o
- ❑ Una estructuración lábil de la personalidad:
  - trastorno de personalidad en menos o
  - trastorno de personalidad en más: narcisismo, psicopatía, sociopatía.

Así, podemos clasificar los trastornos del apego en

- ❑ Psicotizantes o No Integrativos: TEA, y
- ❑ No Psicotizantes = Desadaptativos
  - Sin culpa: Narcisismo / Psicopatía
  - Con culpa: Neurosis.

### 3. Herida narcisista

Freud [Freud 1914] describe el narcisismo primario como el del niño que, en los primeros meses de la vida, es aún él mismo su objeto de amor. La energía libidinal se encuentra autodirigida, ya que para el niño todavía no existe el mundo exterior. La finalidad es sólo lograr la satisfacción de sus necesidades.

En el narcisismo secundario, la investidura libidinal antes puesta en objetos externos recae regresivamente otra vez sobre el yo, lo cual es índice de patología extrema: ausencia de estructuración de la personalidad.

Sin embargo, se ha impuesto con el nombre de narcisismo una estructuración lábil de la personalidad. El narcisismo clínico, así como sus casos extremos, la psicopatía y la sociopatía, han sufrido un rechazo global con falta de cuidados (negligencia, barreras) que socavan la autoestima, es decir, lo que el niño siente y piensa acerca de sí. La autoestima es un sentimiento de competencia para enfrentar desafíos, la confianza en sí mismo. Incluye la dignidad o creencia en el derecho a merecer valoración y reconocimiento por parte del mundo circundante. La autoestima es satisfactoria cuando lo que el sujeto cree de sí mismo coincide con su realidad. El yo ideal y el yo real coinciden. A mayor distancia entre el yo ideal (lo que yo debería ser) y el yo real (lo que soy), menor será la autoestima. Como es de esperar, la autoestima fluctúa de acuerdo con las experiencias vividas, las fuentes circunstanciales de afecto externo, las autoexigencias, la imagen corporal, la salud.

La normal correspondencia entre necesidades infantiles y surgimiento de los satisfactores armonizantes en el ambiente corrobora la confianza primordial. La confianza primordial es la otorgada por el niño al ser concebido. Es natural, ya que no hay aún conciencia individual y madre e hijo forman un ser único e indiviso. En tanto se construye de continuo mediante la reaparición de los estímulos placenteros, se desmorona si la mayor parte de los estímulos es displacentera. Esta corroboración tiene lugar desde la concepción, es decir, también durante la gestación. Lo que vaya sucediendo desde un comienzo de la vida definirá la base de toda la personalidad hacia el futuro: la nueva persona será principalmente confiada o desconfiada, extrapolarando estas primeras experiencias a todo el medio circundante.

La confianza es corroborada por la empatía (resonancia emocional genuina y sincera entre dos o más personas), la coherencia con la situación, la pericia percibida en el satisfactor. Implica una expectativa, y reduce la complejidad de los futuros posibles, con lo que da tranquilidad y relajación. Construye seguridad y da pertenencia, necesidades primordiales del ser humano. Se basa en la interacción deseante que se convierte en relación amante. En la interacción, cada uno de los miembros concurre para autosatisfacerse. En la relación de la buena diada madre-hijo cada uno concurre para dar satisfacción. En su confianza primordial, también el niño da satisfacción, lo que estimula a la madre para seguir satisfaciendo.

Juega un rol central la ternura, que justamente sólo es posible en una relación de confianza. Desde una actitud amorosa y humilde, respetuosa, de escucha; propone tacto y contacto, dulzura, bondad. No da miedo, no se impone, no es seductora.

Su contracara es la desconfianza. El niño percibe en la madre y en el medio que el lenguaje corporal y gestual está trabado, muy probablemente por dificultades en la personalidad de los adultos, a su vez quizás acostumbrados a no confiar.

Nuestra sociedad actual ha desarrollado una cultura promotora del individualismo, a su vez basado en la desconfianza. Se observa un gran incremento de información banal enmascaradora, de tergiversaciones y desinformación. Producen escepticismo, recelo. La globalización y la digitalización llevan a una mayor dificultad en la percepción del otro debido al anonimato, se organizan estructuras institucionales que reemplazan la confianza entre humanos: del apretón de manos se ha pasado al contrato. Diferentes autores la han llamado la sociedad del riesgo (Beck), la sociedad postconfianza (Löfstedt), la edad de la desconfianza (Rosanvallon).

La situación es tal que el niño adquiere una emoción que diferentes autores [Burgo 2015] han denominado vergüenza, un sentimiento constante de inadecuación. La vergüenza se produce porque la total entrega de afecto no es correspondida. Esta emoción de inadecuación es resultado de mensajes

tóxicos, verbales, corporales y gestuales, por parte de las personas de referencia.

En el narcisismo, la psicopatía y la sociopatía el individuo padece una vergüenza fundamental, una emoción de inadecuación primordial. Es prelingüística, se debe a relaciones fallidas entre la madre y el hijo, y se da en contextos de gran desorden: tiempos y espacios desorganizados, grandes ansiedades y apuros, cambio frecuente de personas de referencia, ausencias...

El niño inicia su vida estructurando a duras penas su personalidad, lo que sí logra (a diferencia de los trastornos del espectro autista), aunque ésta queda lábil, con peligro de desintegrarse. Es lo que se llama herida narcisista.

Desde el punto de vista psicodinámico, la insatisfacción de las necesidades primordiales, sobre todo de la necesidad de valoración hace que el niño no se sienta reconocido, considerado, respetado, tenido en cuenta. Se siente entonces indigno, avergonzado, inadecuado. La permanencia de este cuadro en el tiempo lleva a la fijación narcisista (Cuadro 14).



Cuadro 14

La herida narcisista, con su emoción básica de inadecuación (“vergüenza fundamental”), conduce a la pérdida de la resonancia emocional consigo mismo y con los demás. El niño aprende a construir defensivamente una coraza “como si” para esconder(se) de sí mismo y de los otros, esconder su vergüenza por ser inadecuado.

Llamamos estatus a la red familiar que asigna una posición para cada persona y rol a la aceptación de esa posición por la persona. Ésta última es una decisión analógica, propia del ser humano, y preverbal, durante la construcción de la lengua [Quirós 1975] –esto es, previa al lenguaje. En los trastornos de personalidad en menos el estatus consistirá en la falta de consideración del niño como persona y el rol en su consecuencia, a saber, que el niño no se acepta a sí mismo. Se genera la vergüenza, la emoción relacionada con la situación de entrega de afecto no correspondido. Esto da lugar al autodesmerecimiento, con retracción, repliegue, inhibición, indefensión. Hay un devastador sentido de futilidad, un sinsentido vital. Este fracaso puede llegar al extremo de fantasías de suicidio y desintegración de la estructura lábil de personalidad. La permanencia en el tiempo de esta situación produce un patrón estable de emoción y conducta: el trastorno de personalidad en menos (Cuadro 15).



Cuadro 15

En cambio, otros niños con menor labilidad, ante el estatus de ausencia de reconocimiento y consideración, toman el rol de imitación; aprenden a no reconocer. Es una defensa maníaca resiliente, que permite una sobrevida de mayor sentimiento de dignidad personal. A la vergüenza se la transforma en desvergüenza. Es el caso de los trastornos de personalidad en más, reactivos (Cuadro 16).

En resumen, considero que narcisismo, psicopatía y sociopatía se van conformando como trastorno de la personalidad desde el inicio de la vida. Que la herida narcisista producida por la deficiencia en la devolución del afecto investido por el niño en su entorno genera el sentimiento de inadecuación o

vergüenza fundamental. Que esa personalidad aún tiene fuerzas como para, apelando a la imitación de la reticencia en la entrega de afecto se vuelve reticente en grado extremo. Que para lograrlo debe apelar a expulsar de su conciencia sus propias emociones y actuar mediante un comportamiento constante de des-apego. Gana así en mejorar a nivel consciente su lastimada autoestima, que sigue empobrecida y frustrable, como muestran sus exageradas explosiones cuando no se reconocen sus supuestas virtudes superiores. Y pierde, al cancelar sus emociones, también, el acceso a afectos positivos, con lo cual no logra reconocer qué es el amor y vuelve a sentirse inadecuado en un mundo pleno de emociones, dudando de que esta situación sea un principio de locura, de rareza existencial de la que no sabe escapar.

---

### HERIDA NARCISISTA EN MÁS

- Estatus: No me han reconocido  
Rol: **Aprendo a no reconocer**
- Defensa maniaca resiliente:  
**DESVERGÜENZA**
- Narcisismo**    **Psicopatía, Sociopatía**
  
- Trastorno de Personalidad
  - Histriónico
  - Narcisista
  - Antisocial

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 16

---

Las generaciones de lastimados pasan sin quererlo ese estilo de vida a sus hijos, que aprenderán de sus mayores a enfrentar la vida de ese modo. Se generan de esta forma subculturas (familias, barrios, naciones) de narcisistas, psicópatas y sociópatas. Otras personas con trastornos de la personalidad no necesariamente padecen esta alteración en la conformación de sus personalidades como imitación de otros referentes, pero siempre adquieren el trastorno a partir de un extenso sufrimiento en la niñez temprana, previo a la conformación de la personalidad a mediados de la etapa preoperatoria, de afecto no correspondido.



#### IV. QUÉ HACER

El diagnóstico de narcisismo / psicopatía / sociopatía no es fácil. Se dificulta tanto más cuanto más leve es el cuadro. En ese caso es difícil establecer si se trata de un narcisismo leve, cuya publicidad de sí mismo resulta apenas sorprendente -llama la atención como individuo que cree ser más que los demás en algún sentido o en todos-, o si es sólo alguien con normal autoestima, circunstancialmente aumentada por logros o particulares talentos que desea mostrar. Habrá que recordar que el narcisismo no consiste en una autoestima elevada, sino por el contrario en una autoestima muy baja proveniente de una complicada situación familiar cuando niño, y que se trata de un patrón estable de personalidad, un trastorno que se prolonga en el tiempo.

Ayuda observar su expresión verbal. El narcisista es grandilocuente, usando en general palabras cultas y cuidadas, seductor, repetitivo, apurado al hablar, fantasioso, dirigiendo el tema sobre sí mismo salvo cuando desea algo de alguien. Si bien carece de una real expresión emocional, puede teñir sus dichos de ira verbal.

Todo sistema humano caracterizado por la violencia contiene múltiples protagonistas: El campo violento en sí, es decir, el tipo de interacciones fijadas, como un feo baile en el que ya todos conocen los pasos, que se repiten una y otra vez; el actor, productor de la violencia, en otras palabras el narcisista leve o moderado o psicópata o, en grupo, sociópata; el receptor o los receptores de la violencia, las víctimas; los observadores, que participan, sin actuar papeles primordiales en el escenario, y que tomarán posiciones diferentes frente a la situación; por fin, los adherentes o colaboracionistas, los que por acción u omisión participan de la violencia que no engendraron, pero que ayudan a llevar a cabo la actuación del protagonista victimario.

Los trastornos de personalidad que suelen concurrir a una consulta psiquiátrica o psicológica son del tipo replegado, en menos. Este tipo de casos se observa cada vez más en la clínica psicológica. Por otra parte, es infrecuente que un trastorno de personalidad narcisista o psicopático o sociopático acceda a consultar, ya que estaría en juego el derrumbe del escenario que se ha armado a sí mismo y que arma para los demás. Cuando consulta lo hace por síntomas aledaños, algo psicósomático, un insomnio tal vez, y entonces trata de que el profesional dé de inmediato con la solución y se la comunique (sean consejos o medicamentos), con el fin de obtener una vez más el resultado deseado, sin rozar el compromiso de su personalidad en el síntoma. Concorre porque la medicina oficial le ha comunicado que lo suyo es de índole emocional, de lo cual descrea, para que se resuelva el síntoma sin entrar a mayores.

Más habitual es que concurren a la consulta psiquiátrica o psicológica los restantes miembros del campo violento, y habrá que aguzar el oído diagnóstico para entender la visión que cada consultante tiene del tema en cuestión. El sistema familiar gira alrededor del victimario tratando de satisfacerlo, lo que

obviamente no logra. La patología puede ser indetectable, y los síntomas sólo se perciben a través de sus efectos psicopatológicos sobre los otros miembros del sistema. En general, sucede entonces que en ese sistema hay muchos miembros afectados por alguna psicopatología [Marietán 2005].

Es la composición de un prolongado estudio biográfico (una historia clínica extensa), quizás acerca del principal consultante, lo que desnudará la trama a los ojos del diagnosticador.

El consultante más importante suele ser la víctima central, una persona en ese rol, con baja autoestima, personalidad ideal para sufrir durante largo tiempo los embates del narcisista moderado o el psicópata. Puede tratarse de los padres de un joven o un adulto, su pareja, sus hijos. No siempre los miembros del campo (la familia) traen de antemano una presunción diagnóstica certera, ya que popularmente se reserva el rótulo de psicópata del cual hay que resguardarse para los psicópatas delictuales (corruptos, estafadores...) y no hay todavía en la población noción acabada acerca de la existencia de la psicopatía integrada.

El terapeuta no debe apurarse con el diagnóstico. Cuando un diagnóstico reviste tal seriedad a largo plazo, habrá que ser doblemente cauteloso en tomar un rumbo diagnóstico, con sus consecuencias terapéuticas, sin que haya múltiples datos que lo justifiquen.

Se observará en qué fase del proceso relacional se encuentra el sistema. Si los consultantes aún admiran ciertos rasgos del victimario, si se intenta utilizar el razonamiento para que las interacciones cambien, si es preponderante el miedohostilidad, si están hartos.

La actitud psicoterapéutica será en todos los casos psicagógica, es decir, aportar información útil desde el punto de vista psicológico, tratando de desculpabilizar al explicar la situación a quienes no traen un concepto claro y consideran que son ellos los que están haciendo algo mal. La familia deberá ir aceptando que hay que poner distancia física y psíquica (a veces mucha distancia), poner límites claros, no acceder fácilmente a los deseos del victimario, considerar la posibilidad de que el cuadro sea irreversible -un trastorno de la personalidad toda-, que nada se gana apañando y sobreprotegiendo.

En ningún caso la actitud psicoterapéutica debe ser pasiva, de sola escucha, a la manera de ciertos psicoanalistas. Lo que es válido a veces en el campo de las neurosis aquí resulta una pérdida de tiempo. Las neurosis, se recordará, son personalidades bien estructuradas, que ilusionan o recortan la realidad. No hay labilidad en la estructuración de la personalidad. Dado su incremento estadístico, en cambio, la formación de los psicoterapeutas debería incluir la atención de los trastornos de personalidad y sus peculiaridades.

Si en una consulta psicológica o psiquiátrica va de suyo que el profesional procederá con total honestidad, valores morales elevados y reglas claras, aquí esto es la regla de oro, tanto ante el victimario, si es que hay oportunidad de tomar contacto con él, como ante los demás consultantes, ante estos últimos como modelo a imitar. Límites claros, en una actitud general de firmeza desapegada, trabajando sobre los datos crudos recogidos, sin desvíos ni contemplaciones (a las que el narcisista / psicópata es tan afecto).

La psicoterapia debe incluir necesariamente elementos psicodinámicos. Se intentará desentrañar la historia transgeneracional que llevó a este estado de cosas, y se relacionará la niñez del victimario y de los demás consultantes con sus personalidades y actitudes actuales.

La sola respuesta terapéutica conductista, en mi opinión, no sólo no podrá avanzar en la cura o el alivio de la psicodinámica profunda, sino que fijará los síntomas al dejar intocada la personalidad de base de cada uno. Intentos conductistas como la psicoterapia analítico-funcional y la terapia de aceptación y compromiso [Kohlenberg 2005], que buscan anclar el trabajo psicoterapéutico en la relación personal entre terapeuta y paciente, son sólo un reconocimiento muy tardío, por parte del conductismo, de la importancia de esta relación humana (que incluye lo psicodinámico, lo emocional) para la mejoría de los asuntos psíquicos.

También debe tenerse en cuenta la consulta de padres preocupados por el trastorno de conducta de un hijo que muestra desprecio por los derechos básicos de los demás, violación de las normas, ataques a personas y animales, destrucción de objetos, conductas de estafa y hurtos, o por la dificultad de aprendizaje resultante de la mala relación con el mundo escolar. Se investigará también en este caso, a través de un estudio biográfico detallado, si existen un trastorno reactivo del apego o una interacción social desinhibida, otra vez en la búsqueda dinámica de las heridas narcisistas en el sistema familiar a través de las generaciones. En el caso de niños con estas problemáticas se impone en primer lugar una Orientación Psicoeducativa a Padres y como acompañante, si supera los cinco años de edad, una psicoterapia del niño [Wernicke 2011, 2004a, 2004b].

Un tema central, tanto sea el problema un niño o un adulto, es la sobreprotección por parte del sistema. La sobreprotección es uno de los extremos patológicos de la protección. El otro es la desprotección. Quien sobreprotege en un área necesariamente -se descubrirá- subprotege en otra. La sobreprotección es actuada por parte de personas que necesitan sentirse valiosas, que no permiten en el otro la frustración, que no pueden esperar a que el otro exprese su necesidad. Es habitual que el sobreprotector provenga a su vez de una familia en la cual ha habido padres (los abuelos del sobreprotegido) maltratadores, hiperexigentes, indiferentes, insatisfactorios, atemorizantes, con lo que la sobreprotección en esta generación se convierte en un mal remedio para que la generación siguiente no sufra lo que tocó sufrir a la anterior.

La sobreprotección deja como secuelas en el sobreprotegido la exigencia de ser atendido, ya que ha naturalizado que se le abran las puertas a sus deseos; la dependencia, que produce a su vez baja autoestima, con un sentimiento de inutilidad, la pobre seguridad personal, el egocentrismo, el individualismo, la insatisfacción, la indiferencia ante las necesidades de otros; es poca la creatividad, hay falta de iniciativa, siempre esperando que alguien más resuelva los problemas. La sobreprotección, en suma, es caldo de cultivo propicio para el desarrollo de los trastornos de personalidad.

Siempre en una terapia o en una Orientación Psicoeducativa a Padres los temas incluirán qué es el eje de estabilidad como resumen del programa y su lugar como albergue de la dignidad de la persona, las necesidades primordiales y las emociones resultantes de satisfacción o insatisfacción, su relación con el pensamiento y las conductas como consecuencias dinámicas finales, qué es una herida narcisista y cómo se produce, qué es la autoestima, cómo proceder poniendo límites –tanto sea a un niño como a adulto-, la futilidad de las recriminaciones, los riesgos que implica la sobreprotección, la potencia sanadora de la ternura... Y la salida espiritual: cuál es el sentido último de esta patología en este campo relacional, cuál es el aprendizaje que deja, sus interacciones con el disfrute vital como sentido último de la vida.

El terapeuta dará apertura a la aproximación de cada persona a sus emociones y su autopercepción utilizando el reflejo y el señalamiento [Rogers 1975] y, sólo ocasionalmente, la interpretación. Relacionará las actitudes habituales de la persona ante sus dificultades en cada campo del quehacer cotidiano, con el fin de que el consultante perciba el hilo conductor que su personalidad le marca en su relación con la vida. Para eso se valdrá de diferentes recursos, que dependerán de cada consultante: conversaciones, pero asimismo dibujos, juegos, teatralizaciones. La relación terapéutica será tanto menos verbal cuanto menor sea la edad del consultante.

En resumen, la actitud terapéutica no sólo se dirigirá al distanciamiento afectivo respecto del victimario, sino también al reforzamiento y/o del eje de estabilidad de sus víctimas a fin de que puedan enfrentar próximos embates.

Fuera de la consulta, también la cultura circundante deberá estar alerta para imponer los límites necesarios. Así como es esperable la imposición clara de las normas a cumplir en un psicópata delictual, habrá que proceder de igual manera en el caso de un psicópata integrado. Las mentiras, seducciones, manipulaciones y estafas, las violencias y crueldades, deben ser denunciadas de inmediato en el seno de la familia o ante las autoridades, según corresponda.

La justicia debe actuar aquí más que nunca con total firmeza. En ningún caso debe proponer mediaciones o arreglos que impliquen reunir a las víctimas con su victimario.

Es de central importancia preventiva el papel de la educación, tanto en la familia como en el ámbito escolar. Son los padres y maestros los que comunican los valores de cada cultura y sus límites, educan para la responsabilidad personal y la solidaridad. Al niño y al joven se le pedirá su participación en las tareas de la familia y se le enseñará a operar en equipos en la escuela. Son extremos inaplicables liberar al niño y al joven de toda responsabilidad o imponerle toda la responsabilidad (que no la tiene aún): yo te ayudo, pero no te reemplazo.

Es promotora de la aparición de trastornos de personalidad, tanto en menos como en más, una cultura familiar o social de valores laxos, con falencias de educación y salud, que genera un contexto de inseguridad, en que la administración de justicia es relativizada, con gobiernos (a nivel tanto de familia como de país) flojos y sin rumbo o que se desentienden de las necesidades de la población.



## V. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Anders, G.: La obsolescencia del hombre, tomo I. Pre-Textos, Valencia 2011, orig. 1956
2. Ajuriaguerra, J. de: Manual de Psiquiatría Infantil. Toray-Masson, Barcelona 1980, orig. 1972
3. Anzieu, D.: El Yo-Piel. Biblioteca Nueva, Madrid 2003, orig. 1985
4. Asperger, H.: Die "autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie, Band 117, Viena 1943
5. Bast, H., y col. (Arbeitsgruppe Kinderschutz): Gewalt gegen Kinder. Rowohlt, Alemania 1975
6. Bauman, Z.: Amor líquido. Fondo Cult Económica, Buenos Aires 2005, orig. 2003
7. Bauman, Z.: Sobre la educación en un mundo líquido. Paidós, Buenos Aires 2013 orig. 2006
8. Bauman, Z.: Daños colaterales. F. de C. Económica, México 2011
9. Bauman, Z., y Lyon, D.: Vigilancia líquida. Paidós, Buenos Aires 2013
10. Bauman, Z., y Donskis, L. 2015 orig. 2013: Ceguera moral. Espasa, Barcelona
11. Berne, E.: Juegos en que participamos. Del Nuevo Extremo, Barcelona 2006, orig. 1964
12. Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer V., Alemania 1983
13. Bowlby, J.: Vínculos afectivos. Morata, Madrid 1986, orig. 1979
14. Bordieu, P.: La dominación masculina. Anagrama/Página 12, Buenos Aires 2010
15. Braud, Ph.: Violencias políticas. Alianza, Madrid 2006, orig. 2004
16. Brazil, K., Forth, K.: Hare Psychopathy Checklist. En: Shackelford (eds.), Encyclopedia of Personality and Individual Differences, DOI 10.1007/978-3-319-28099-8\_1079-1 – 2016
17. Bronfenbrenner, U.: La ecología del desarrollo humano. Paidós, España 1987 orig. 1979
18. Burgo, J.: Narcisistas. Paidós, España 2017, orig. 2015
19. Burkley, M.: Cómo saber si una mujer es psicópata. <https://www.psychologytoday.com/ar/blog/como-saber-si-una-mujer-es-psicopata> - 2020
20. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS, Ginebra, 1992
21. DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Ed. Méd. Panamericana, Madrid 2014
22. Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch.: Tratado de Psiquiatría. Toray-Masson, Barcelona 1969
23. Fenichel, O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós, B. Aires 1966 orig. 1933
24. Fitz, D.: Inside the Psyche of the 1%. Synthesis/Regeneration 60, 2013. En: <http://www.greens.org/s-r/60/60-06.html>
25. Franklin, A. (comp.) Child abuse. Churchill Livingstone, Edimburgo 1977
26. Freud, S.: Introducción al narcisismo, 1914. En: Obras completas Tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid 1967
27. Friedlander, K.: Psicoanálisis de la delincuencia juvenil. Paidós, Buenos Aires 1950
28. García, A.: El último hombre sano: breve historia del DSM. En JotDown: <https://www.jotdown.es/2015/02/el-ultimo-hombre-sano-breve-historia-del-dsm/>

29. Gardner R.: Síndrome de alienación parental.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_alienaci%C3%B3n\\_parental](https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_alienaci%C3%B3n_parental)
30. Giardini, A., y col.: John Bowlby. Salvat, Barcelona 2017, orig. 2016a
31. Giardini, A., y col.: Lawrence Kohlberg. Salvat, Barcelona 2017, orig. 2016b
32. Giberti, E., y Fernández, A.: La mujer y la violencia invisible. Sudamericana, Buenos Aires 1989
33. Goebel, W., y Glöckler, M.: Pediatría para la familia. Epidauro, B. Aires 1990, orig. 1988
34. Golding, W.: El señor de las moscas. Edhasa, España 2000, orig. 1954
35. Goleman, D.: Focus. Ediciones B, Buenos Aires 2018
36. Gómez, P.: Trastorno antisocial vs. narcisista. En:  
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000921>, España
37. Gruen, A.: Der Wahnsinn der Normalität. Dtv, Alemania 1989
38. Guex, G.: La neurosis de abandono. Eudeba, Buenos Aires 1962, orig. 1950
39. Hare, R.: Escala de Calificación de la psicopatía. Psychology Department, Univ. of British Columbia, Vancouver, Canadá 1985
40. Heinlein, R.: Tropas del espacio. Hyspamerica, Madrid 1982, orig. 1959
41. Hellbrügge, T.: Klinische Sozialpädiatrie. Springer, Alemania 1981
42. Hellinger, B.: Órdenes del amor. Herder, España 2001
43. Hellwig, H.: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken. V. f. Medizinische Psychologie Alemania 1979
44. Hirigoyen, M.F.: El acoso moral. Paidós, Buenos Aires 2013, orig. 1998
45. Hornstein, L.: Autoestima e identidad. F. de C. Económica, Buenos Aires 2011
46. Iglesias, F.: El medioevo peronista. Libros del Zorzal, Buenos Aires 2020
47. Ingenieros, J.: La simulación de la locura en la lucha por la vida. Buena Vista Ed., B. Aires 2005 (orig 1900)
48. Kanner, L.: Autistic Disturbances of Affective Contact. Nervous Child 2:217-250, EE.UU. 1943
49. Kanner, L.: Psiquiatría infantil. Siglo Veinte, B. Aires 1972
50. Kapsambelis, V., y col.: Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto. F. de C. Económica, México 2016, orig. 2012
51. Klein, M.: El psicoanálisis de niños. Paidós, Buenos Aires 1975, orig. 1932
52. Klein, N.: La doctrina del shock. Espasa Libros, Madrid 2011, orig. 2007
53. Kolb, L.: Noyes - Psiquiatría clínica moderna. Prensa Médica Mexicana, México 6ª ed. 1983
54. Kohlenberg, R., y col.: Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso. Int. J. of Clinical and Health Psychology Vol. 5 nº 2, Asoc. Española de Psicología Conductual, España 2005
55. Lacan, J.: El estadio del espejo como formador de la función del Yo. XVI Congreso Internac. de Psicoanálisis, Zurich 1949
56. Lacan, J.: La familia. Homo sapiens, Buenos Aires 1977
57. Laplanche, J., y Pontalis, J.: Diccionario de Psicoanálisis. Labor, Barcelona 1971
58. Leader, D., y Groves, J.: Lacan para principiantes. Era Naciente, Buenos Aires 1995
59. Lebovici, S., y col.: La psicopatología del bebé. S XXI, México 1995, orig. 1989
60. Lempp, R.: Delincuencia juvenil. Herder, Barcelona 1979, orig. 1977
61. Lempp, R.: Nebenrealitäten. V. f. Polizeiwissenschaften, Alemania 2009
62. Lordon, F.: La sociedad de los afectos. A. Hidalgo Editora, B. Aires 2018, orig. 2013
63. Lowen, A.: El narcisismo. Espasa, Barcelona 2000, orig. 1985
64. Marcelli, D., y Braconnier, A.: Manual de psicopatología del adolescente. Masson, Barcelona 1986

65. Marietán, H.: Personalidad psicopáticas, tres enfoques. Descriptor de rasgos psicopáticos. Alcmeon 31, Buenos Aires 1999. En: <https://www.alcmeon.com.ar/8/31/marietan.htm>
66. Marietán, H.: Sol Negro: un psicópata en la familia. Alcmeon 48, Buenos Aires 2005. En: [https://www.alcmeon.com.ar/12/48/07\\_sol\\_negro.htm](https://www.alcmeon.com.ar/12/48/07_sol_negro.htm)
67. Massie, H., y Rosenthal, J.: Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida. Paidós, B. Aires 1986
68. Mazet, Ph., y Houzel, D.: Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Médica y Técnica, Barcelona 1981
69. Mendiguchía Quijada, F.: Psiquiatría Infanto-Juvenil. Del Castillo, España 1980
70. Mertens, F.: Ich wollte Liebe und lernte hassen. Diogenes, Alemania 1984
71. Nasser, A.: Lo que el mercado le hace a nuestras almas. <https://www.counterpunch.org/2012/06/28/what-the-market-does-to-our-souls/>
72. Norwood, R. 2000, orig. 1985: Las mujeres que aman demasiado. Ediciones B, Buenos Aires
73. Olza, I.: La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. En: Maternidad gozosa y entrañable. Prensas Univ. de Zaragoza, España 2006
74. Pechstein, J., y Helbrügge, T.: Pathologische Sozialentwicklung und Soziose. En: Hellbrügge, T.: Klinische Sozialpädiatrie. Springer, Alemania 1981
75. Perrone, R., y Nannini, M.: Violencia y abusos sexuales en la familia. Paidós, Buenos Aires 1997
76. Piaget, J.: La representación del mundo en el niño. Morata, Madrid 1984, orig. 1926
77. Piaget, J.: Psicología de la inteligencia. Piqué, B. Aires 1973, orig. 1947
78. Piñuel, I.: Amor zero. Sb, Buenos Aires 2015
79. Pozueco, J.M., y Moreno, J.M.: La tríada oscura de la personalidad en las relaciones íntimas. Boletín de Psicología 107:91-111, España 2013
80. Pozueco, J.M., y col.: Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. Papeles del Psicólogo vol. 34(1): 32-48, España 2013. En: [www.papelesdelpsicologo.es/pdf2169.pdf](http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf2169.pdf)
81. Prokop, Ch., y Bradley, L.: Medical Psychology. Academic Press, N. York 1981
82. Psychopathy Checklist - revised (PCL-R). [https://en.wikipedia.org/wiki/Psychopathy\\_Checklist](https://en.wikipedia.org/wiki/Psychopathy_Checklist)
83. Quirós, J. B. de, y col.: Las llamadas afasias infantiles. Ed. Méd. Panamericana, B. Aires 1975
84. Ramos, N. (comp.): Delinquent Youth and learning disabilities. Academic Therapy Publications, California 1978
85. Reca, T.: Psicología, psicopatología, psicoterapia. Siglo XXI, B. Aires 1973
86. Rogers, C.: Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, B. Aires, 1975
87. Rygaard, N.: El niño abandonado. Gedisa, España 2008, orig. 2005
88. Sadin, E.: La humanidad aumentada. B. Aires, Caja Negra Editora 2017, orig. 2013
89. Sadin, E.: La inteligencia artificial o el desafío del siglo. B. Aires 2020, orig. 2018
90. Salvarezza, L.: Psicogeriatría. Paidós, B. Aires 2002
91. Schatzman, M.: El asesinato del alma. S. XXI, Madrid 1977, orig. EEUU 1973
92. Siegfried, K.: Transgresiones legales en los jóvenes. En: Ecología en clínica pediátrica, de Rossi, E., y col. Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires 1975. Actualización para la edición en español de C. G. Wernicke
93. Schatzman, M.: El asesinato del alma. S. XXI, Madrid 1977, orig. EEUU 1973

94. Speier, A., y col.: Estructura de la personalidad y factores influyentes en la conducta psicopática en la adolescencia. En: Reca, T., y col.: Temas de psiquiatría de la niñez y adolescencia, Vol. II. Ceam, B. Aires 1971
95. Spitz, R.: El primer año de vida del niño. F. de C. Económica, México 1974, orig. 1969
96. Stamateas, B.: No me maltrates. Vergara, Buenos Aires 2012
97. Stern, D.: El mundo interpersonal del infante. Paidós, B. Aires 1991, orig. 1985
98. Tölle, R.: Psychiatrie. Springer V., Alemania 1982
99. Velasco de la Fuente, P.: Encantadoras de serpientes: Decálogo para detectar a una psicópata no criminal o integrada. En: <https://criminalmente.es/2017/04/06/encantadoras-de-serpientes-decalogo-para-detectar-a-una-psicopata-no-criminal-o-integrada/> - 2017
100. Weil, P.: A normose ou das anomalias da anormalidade. Rev. Meta, nº 2 Año 1, Brasil 1999
101. Winnicott, D.: Realidad y juego. Gedisa, Buenos Aires, 1982
102. Wolman, B.: Manual of child psychopathology. McGraw-Hill, Nueva York 1972
103. Yuk Hui: Fragmentar el futuro. Caja Negra, B. Aires 2020
104. Zoja, L.: La muerte del prójimo. FC Económica, Buenos Aires 2015 orig. 2009

De Carlos G. Wernicke (la mayoría de estos artículos puede encontrarse en [www.holismo.org.ar](http://www.holismo.org.ar))

1. Sistemas Funcionales y Necesidades para el Desarrollo de la Personalidad. En: Cultura, Sociedad y Medio Ambiente en el Proceso de Aprendizaje del Niño, de E. Precht (comp.), Educares, S. de Chile 1986
2. Las necesidades básicas. Tiempo de Integración año IV nº 18, Buenos Aires 1990
3. Therapie des Kindes: Sättigung der Grundbedürfnisse. En: Dokumentation des 1. Internationalen Kongreß über Festhalten (1989), editado por Gesellschaft zur Förderung des Festhaltens als Lebensform und Therapie, Alemania 1991
4. Castigo y Pedagogía. Cadernos Pestalozzi Vol II nº 3, Niterói, Brasil 2000
5. El diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención y sus límites. Suplemento Eduterapia nº 3, Buenos Aires 2001
6. Todo tiene un límite. Asdra 15(46):20-23, Buenos Aires, 2003
7. Proyecto Padres Orientados. Suplemento Eduterapia nº 12, Buenos Aires 2004a
8. Cultura y evaluación. Suplemento Eduterapia nº 14, Buenos Aires 2004b
9. Actividad y Problemas de conducta. Suplemento Eduterapia nº 15, Buenos Aires 2004c
10. Castigar es malo para todos. Informa Nº 10, Buenos Aires 2007
11. TGD, Autismos, Asperger. Suplemento Eduterapia nº 22, Buenos Aires 2011
12. Desadaptación psicosocial y Discapacidad. Suplemento Eduterapia nº 23, Buenos Aires 2012
13. Maltrato y Buentrato en la Niñez. Suplemento Eduterapia nº 26, Buenos Aires 2013
14. Bullying y otras Violencias. Suplemento Eduterapia nº 27, Buenos Aires 2014
15. Agresiones y Violencias: Cuestiones Básicas. Suplemento Eduterapia nº 29, Buenos Aires 2016

# Suplemento Eduterapia

## NÚMEROS PUBLICADOS

1.	Esquemas de psicosis tempranas
2.	DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3.	El diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención y sus límites
4.	Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5.	La Terapia de Contención en los Trastornos Generalizados del Desarrollo
6.	Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7.	Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - 2ª parte
8.	Aprender a pensar, enseñar a pensar
9.	El contexto de las relaciones entre hermanos
10.	La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11.	Simetría, dominancia y preferencia
12.	Proyecto Padres Orientados
13.	Evaluación: principios y estrategias
14.	Cultura y evaluación
15.	Actividad, conducta y problemas de conducta
16.	Motivación y desmotivación
17.	Atención temprana: aspectos básicos
18.	Pedagogía Contextual: fundamentos
19.	Adolescentes en la Argentina: la generación de los '80
20.	Integración e inclusión en educación
21.	Soy inquieto
22.	TGD, autismos, Asperger
23.	Desadaptación psicosocial y discapacidad
24.	Esquizofrenia: un trastorno del desarrollo psíquico
25.	Educación inclusiva: un desafío para el docente
26.	Maltrato y buentrato en la niñez
27.	Bullying y otras violencias
28.	Ser padres con dificultad de aprendizaje y discapacidad mental
29.	Agresiones y violencias: cuestiones básicas
30.	Violencia contra el género femenino
31.	Ecología y ecopedagogía
32.	Narcisismos, psicopatías, sociopatías