Manual de trastornos de la personalidad

Descripción, evaluación y tratamiento

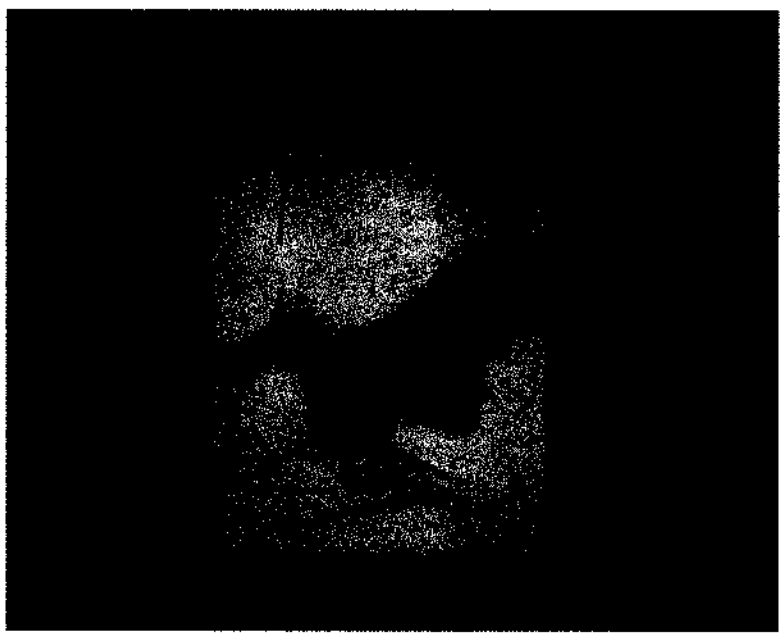
Vicente E. Caballo (coord.)

EDITORIAL SINTESIS

Manual de trastornos de la personalidad

Descripción, evaluación y tratamiento

Vicente E. Caballo (coord.)



EDITORIAL
SINTESIS

Manual de trastornos de la personalidad

Descripción, evaluación y tratamiento

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de ios titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual de trastornos de la personalidad
Descripción, evaluación y tratamiento

Vicente E. Caballo (coord.)

EDITORIAL
SINTESIS

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos, en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Vicente E. Caballo (coord.)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
http://www.sintesis.com

ISBN: 84-9756-210-0
Depósito Legal: M. 27.749-2004

Impreso en España- Printed in Spain

Relación de autores

Alden, Lynn E. *University of British. Columbia, Vancouver, BC, Canadá.*

Andrés, Verania. *Centro de Psicología "Bertrand Russell", Madrid, España.*

Bas, Francisco. *Centro de Psicología "Bertrand Russell", Madrid, España.*

Bas, Susana. *Centro de Psicología "Bertrand Russell", Madrid, España.*

Bautista, Rebeca. *Universidad "Miguel Hernández", Elche, Alicante, España.*

Caballo, Vicente E. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Davis, Roger D. *Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Coral Gables, Florida, Estados Unidos.*

Freeman, Arthur. *Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Pensilvania, Estados Unidos.*

Freeman, Lisa Yacono. *Johns Hopkins University School of Medicine, Pensilvania, Estados Unidos.*

García Palacios, Azucena. *Universidad Jaume I, Castellón, España.*

García Sánchez, J. Estíbaliz. *Universidad Complutense de Madrid, España.*

Garrosa Hernández, Eva. *Universidad Autónoma de Madrid, España.*

Gracia, Ana. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Graña Gómez, José Luis. *Universidad Complutense de Madrid, España.*

Hunt, Michelle Saxen. *Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Pensilvania, Estados Unidos.*

Koldobsky, Néstor M. S. *Universidad de La Plata, Argentina.*

López-Gollonet, Cristina. *Universidad de Granada, Granada, España.*

López Torrecillas, Francisca. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Meagher, Sarah. *Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Coral Gables, Florida, Estados Unidos.*

Meersmans, Miguel. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Mellings, Tanna M. B. *University of British Columbia, Vancouver, BC, Canadá.*

Millon, Theodore. *Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Coral Gables, Florida, Estados Unidos.*

Moreno-Jiménez, Bernardo. *Universidad Autónoma de Madrid, España.*

Muñoz Rivas, Marina J. *Universidad Autónoma de Madrid, España.*

Núñez, Raquel. *Centro de Psicología "Bertrand Russell", Madrid, España.*

Oldham, John M. *Medical University of South Carolina, SC, Estados Unidos.*

Orozco, Carmen. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Overholser, James C. *Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, Estados Unidos.*

Pérez, Miguel. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Prieto, Arturo. *Universidad de Viña del Mar, Chile.*

Ryder, Andrew G. *University of British Columbia, Vancouver, BC, Canadá.*

Santiago López, Soledad. *Centro Asistencial San Juan de Dios y Universidad de Málaga, España.*

Valenzuela, Javier. *Centro de Psicología "Psicobuleia", Granada, España.*

Verdejo, Antonio. *Universidad de Granada, Granada, España.*

Wessler, Richard L. *Pace University, Nueva York, Estados Unidos.*

Abreviaturas

MCMI = Inventario Clínico Multiaxial, de Millón
MMPI = Inventario Multifásico de la Personalidad, de Minesota
TP = Trastorno de la personalidad
TT PP = Trastornos de la personalidad
TPP = Trastorno paranoide de la personalidad
TEP = Trastorno esquizoide de la personalidad
TETP = Trastorno esquizotípico de la personalidad
TAP = Trastorno antisocial de la personalidad
TLP = Trastorno límite de la personalidad
THP = Trastorno histriónico de la personalidad
TNP = Trastorno narcisista de la personalidad
TPE = Trastorno de la personalidad por evitación
TPD = Trastorno de la personalidad por dependencia
TOCP = Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
TPAP = Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad
TADP = Trastorno autodestructivo de la personalidad
TDP = Trastorno depresivo de la personalidad
TSP = Trastorno sádico de la personalidad

Índice

Prólogo, *John M. Oldham*..... 23

1. ***Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad***..... 25
Vicente E. Caballo

1.1. Introducción..... 25
1.2. Breve historia..... 26
1.3. Componentes de la personalidad 27
1.4. Personalidad y trastornos de la personalidad..... 31
1.5. Clasificación de los trastornos de la personalidad 31
1.5.1. El planteamiento categorial frente al dimensional 34
1.5.2. Problemas en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad .. 35
1.6. Características clínicas..... 36
1.7. Epidemiología y curso..... 36
1.8. Aspectos diversos relacionados con los trastornos de la personalidad ... 38
1.9. Etiología 40
1.10. Evaluación de los trastornos de la personalidad 41
1.11. Tratamiento de los trastornos de la personalidad 44
1.12. Conclusiones 49

Parte I
Descripción de los trastornos de la personalidad

El grupo extraño o excéntrico de los trastornos de la personalidad

2. ***El trastorno paranoide de la personalidad***..... 59
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

2.1. Introducción..... 59
2.2. Revisión histórica 60
2.3. Estilo paranoide de personalidad: El tipovigilante 61
2.4. El trastorno paranoide de la personalidad:diagnóstico 62
2.5. Características clínicas..... 64
2.6. Epidemiología y curso..... 68
2.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 68
2.8. Etiología 69
2.9. Evaluación 70
2.10. Tratamiento 71
2.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 74

3. ***El trastorno esquizoide de la personalidad***..... 75
Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet

3.1. Introducción..... 75
3.2. Revisión histórica..... 76
3.3. Estilo esquizoide de personalidad: El tipo asocial 77
3.4. El trastorno esquizoide de la personalidad:diagnóstico 79
3.5. Características clínicas..... 79
3.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 84
3.7. Epidemiología y curso..... 85
3.8. Etiología 86
3.9. Evaluación 87
3.10. Tratamiento 88
3.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 88

4. ***El trastorno esquizotípico de la personalidad***..... 91
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

4.1. Introducción..... 91
4.2. Revisión histórica..... 92
4.3. Estilo esquizotípico de personalidad: Eltipo excéntrico..... 93

4.4. El trastorno esquizotípico de la personalidad: diagnóstico 95
4.5. Características clínicas 95
4.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 100
4.7. Epidemiología y curso 101
4.8. Etiología 102
4.9. Evaluación 103
4.10. Tratamiento 104
4.11. Conclusiones y tendencias futuras 106

EL GRUPO VOLUBLE O IMPULSIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

5. ***El trastorno antisocial de la personalidad*** 109
Vicente E. Caballo y Francisca López Torrecillas

5.1. Introducción 109
5.2. Revisión histórica 110
5.3. Estilo antisocial de personalidad: El tipo agresivo 112
5.4. El trastorno antisocial de la personalidad: diagnóstico 115
5.5. Características clínicas 115
5.6. Epidemiología y curso 120
5.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 120
5.8. Etiología 122
5.9. Evaluación 126
5.10. Tratamiento 132
5.11. Conclusiones y tendencias futuras 134

6. El trastorno límite de la personalidad 137
Vicente E. Caballo, Ana Gracia, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

6.1. Introducción 137
6.2. Revisión histórica 138
6.3. Sobre la denominación del trastorno límite de la personalidad 139
6.4. Estilo límite de personalidad: El tipo inestable 140
6.5. El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico 142
6.6. Características clínicas 144
6.7. Epidemiología y curso 149
6.8. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 149
6.9. Etiología 151
6.10. Evaluación 154
6.11. Tratamiento 156
6.11.1. Hospitalización 160
6.12. Conclusiones y tendencias futuras 160

7. *El trastorno histriónico de la personalidad*..... 161
Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet

7.1. Introducción 161
7.2. Revisión histórica..... 162
7.3. Estilo histriónico de personalidad: El tipo teatral 163
7.4. El trastorno histriónico de la personalidad: diagnóstico..... 165
7.5. Características clínicas..... 166
7.6. Epidemiología y curso..... 170
7.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 170
7.8. Etiología 171
7.9. Evaluación 172
7.10. Tratamiento 173
7.10.1. La terapia de integración, de Horowitz 173
7.10.2. La terapia cognitiva, de Beck..... 174
7.10.3. La terapia de valoración cognitiva, de Wessler..... 175
7.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 175

8. *El trastorno narcisista de la personalidad*..... 177
Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet

8.1. Introducción..... 177
8.2. Revisión histórica..... 178
8.3. Estilo narcisista de personalidad: El tipo enamorado de sí mismo..... 178
8.4. El trastorno narcisista de la personalidad: diagnóstico 180
8.5. Características clínicas..... 180
8.6. Epidemiología y curso..... 186
8.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 187
8.8. Etiología 187
8.9. Evaluación 188
8.10. Tratamiento 189
8.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 191

EL GRUPO ANSIOSO O TEMEROSO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

9. *El trastorno de la personalidad por evitación* 193
Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista, Cristina López-Gollonet y Arturo Prieto

9.1. Introducción..... 193
9.2. Revisión histórica..... 194
9.3. Estilo evitador de personalidad: El tipo sensible 197
9.4. El trastorno de la personalidad por evitación: diagnóstico 199
9.5. Características clínicas..... 199
9.6. Epidemiología y curso..... 204

9.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 205
9.8. Etiología 206
9.9. Evaluación 210
9.10. Tratamiento 211
9.10.1. La terapia cognitiva, de Beck..... 211
9.10.2. Tratamiento farmacológico 213
9.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 213

10. *El trastorno de la personalidad por dependencia*..... 215
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

10.1. Introducción..... 215
10.2. Revisión histórica..... 216
10.3. Estilo dependiente de personalidad: El tipo apegado 217
10.4. El trastorno dependiente de la personalidad: diagnóstico 220
10.5. Características clínicas..... 220
10.6. Epidemiología y curso..... 224
10.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 225
10.8. Etiología 226
10.9. Evaluación 227
10.10. Tratamiento 227
10.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 229

11 .*El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*..... 231
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

11.1. Introducción..... 231
11.2. Revisión histórica..... 232
11.3. Estilo obsesivo-compulsivo de personalidad: El tipo perfeccionista..... 232
11.4. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: diagnóstico..... 234
11.5. Características clínicas..... 236
11.6. Epidemiología y curso..... 241
11.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 242
11.8. Etiología 243
11.9. Evaluación 244
11.10. Tratamiento 244
11.11. Conclusiones y tendencias futuras..... 246

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

12. *Trastornos de la personalidad no especificados*..... 249
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

12.1. Introducción..... 249

12.2. El trastorno pasivo-agresivo (negativista)dela personalidad 249
12.2.1. Revisión histórica..... 249
12.2.2. Estilo pasivo-agresivo de personalidad: El tipo sin prisas..... 250
12.2.3. El trastorno pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad: diagnóstico 251
12.2.4. Características clínicas..... 252
12.2.5. Epidemiología y curso..... 257
12.2.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 257
12.2.7. Etiología 257
12.2.8. Evaluación 259
12.2.9. Tratamiento 260
12.3. Trastorno depresivo de la personalidad..... 260
12.3.1. Revisión histórica..... 260
12.3.2. Estilo depresivo de personalidad: El tipo serio..... 261
12.3.3. El trastorno depresivo de la personalidad: diagnóstico 262
12.3.4. Características clínicas..... 262
12.3.5. Epidemiología y curso..... 266
12.3.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 267
12.3.7. Etiología 267
12.3.8. Evaluación..... 268
12.3.9. Tratamiento 268
12.4. Conclusiones y tendencias futuras..... 269

13. *Trastornos de la personalidad relegados y olvidados* 271
Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista

13.1. Introducción..... 271
13.2. Trastorno autodestructivo (masoquista)dela personalidad..... 272
13.2.1. Revisión histórica..... 272
13.2.2. Estilo autodestructivo de personalidad: El tipo altruista 272
13.2.3. El trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad: diagnóstico..... 273
13.2.4. Características clínicas..... 275
13.2.5. Epidemiología y curso..... 278
13.2.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad..... 278
13.2.7. Uso y abuso del diagnóstico de TADP: algunas cuestiones 279
13.2.8. Etiología 280
13.2.9. Evaluación 281
13.2.10. Tratamiento 281
13.3. El trastorno sádico de la personalidad 282
13.3.1. Revisión histórica..... 282
13.3.2. Estilo sádico de personalidad: El tipo cruel..... 282
13.3.3. El trastorno sádico de la personalidad: diagnóstico..... 284
13.3.4. Características clínicas..... 284

13.3.5. Epidemiología y curso 288
13.3.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 289
13.3.7. Etiología 289
13.3.8. Evaluación 290
13.3.9. Tratamiento 290
13.4. Conclusiones y tendencias futuras 291

14. ***Alteraciones y cambios de personalidad después de daño cerebral*** 293
Carmen Orozco, Miguel Meersmans, Antonio Verdejo y Miguel Pérez

14.1. Introducción 294
14.2. El cambio de personalidad en eldaño cerebral 294
14.3. Clasificación y diagnóstico 297
14.3.1. Nosología de los trastornos mentales orgánicos 297
14.3.2. Criterios diagnósticos del DSM-TV-TR para alteraciones de la personalidad debidas a una enfermedad médica 298
14.3.3. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para alteraciones en la personalidad debidas a una enfermedad médica 299
14.4. Traumatismos craneoencefálicos 300
14.5. Epilepsia del lóbulo temporal 304
14.6. Enfermedad de Parkinson 306
14.7. Los correlatos anatómicos de los cambiosde personalidad 310
14.8. Evaluación 312
14.8.1. Cuestionarios y escalas no específicos 313
14.8.2. Cuestionarios específicos 314
14.8.3. Cuestionarios y escalas neuroconductuales y de adaptación psicosocial 317
14.8.4. Análisis de la conducta manifiesta 319
14.9. Conclusiones 320

Parte II
Evaluación de los trastornos de la personalidad

15. ***La evaluación de los trastornos de la personalidad*** 325
Bernardo Moreno-Jiménez y Eva Garrosa Hernández

15.1. La evaluación de los trastornos de la personalidad 325
15.1.1. Sistemas de evaluación 326
15.1.2. Criterios diagnósticos 327
15.1.3. El marco teórico de la evaluación 328

15.2. La evaluación mediante cuestionarios 329
15.2.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III 330
15.2.2. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 333
15.2.3. Relaciones entre el MCMI y el MMPI 334
15.2.4. Otros cuestionarios generales 335
15.3. La evaluación mediante entrevistas 337
15.3.1. Entrevistas generales 338
15.3.2. Otras entrevistas generales 339
15.3.3. Relaciones entre cuestionarios y entrevistas 340
15.4. Listas de comprobación 342
15.5. La evaluación específica de los trastornos de la personalidad 343
15.5.1. Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0) 343
15.5.2. Trastorno esquizoide de la personalidad (60.1) 344
15.5.3. Trastorno esquizotípico de la personalidad (F21) 344
15.5.4. Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2) 345
15.5.5. Trastorno límite de la personalidad (F60.31) 346
15.5.6. Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4) 347
15.5.7. Trastorno narcisista de la personalidad (F60.8) 347
15.5.8. Trastorno de la personalidad por evitación (F60.6) 349
15.5.9. Trastorno de la personalidad por dependencia (F60.7) 349
15.5.10. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (F60.5) 349
15.5.11. Trastorno de la personalidad no especificados (F60.9) 350
15.6. La evaluación dimensional: los rasgos de la personalidad 351
15.7. Problemas *y* tendencias en la evaluación de los trastornos de la personalidad 355
15.7.1. Problemas de diagnóstico y evaluación 355
15.7.2. Tendencias 357

16. ***Formulación clínica de los trastornos de la personalidad*** **359**
José Luis Graña, J. Estíbaliz García y Marina J. Muñoz

16.1. Introducción 359
16.2. Fase descriptiva de la formulación clínica 362
16.2.1. Definición del problema 362
16.2.2. Análisis funcional descriptivo 366
16.2.3. Análisis histórico 372
16.3. Fase inferencial de la formulación clínica 377
16.3.1. Diagnóstico según los sistemas de clasificación 378
16.3.2. Formulación clínica y modelo psicopatológico 381
16.3.3. Contraste de hipótesis 384
16.4. Fase de tratamiento 385
16.5. Fase de evaluación de resultados 388

Parte III
Tratamiento de los trastornos de la personalidad

17. ***Terapia cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad***..... 391
Francisco Bas, Raquel Núñez, Susana Bas y Verania Andrés

17.1. Introducción..... 391
17.2. Modelo estándar de intervención 392
17.3. Técnicas especiales 407
17.3.1. Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática pasado-presente-futuro 407
17.3.2. Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática 412
17.4. Ejemplos de tratamiento 414
17.4.1. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP): presentación de un caso 414
17.4.2. Trastorno de la personalidad por evitación: presentación de un caso 416
17.4.3. Un caso clínico: El trastorno histriónico de la personalidad..... 419
17.4.4. Un caso de trastorno de la personalidad por dependencia 423
17.4.5. Caso Q: *Un trastorno limite de la personalidad* 426

18 ***.El tratamiento de diferentes trastornos de la personalidad por medio de la terapia de valoración cognitiva***..... 441
Richard L. Wessler

18.1. Introducción..... 441
18.2. Prevalencia..... . 442
18.3. Los criterios de Millon 444
18.4. El tratamiento de los trastornos de la personalidad..... 445
18.4.1. La terapia de valoración cognitiva (TVC) 445
18.4.2. El énfasis especial en los valores 447
18.4.3. La TVC y otras formas de terapia cognitivo-conductual..... 448
18.4.4. El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia .. 450
18.4.5. El tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad..... 453
18.4.6. El tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad 455
18.4.7. El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación 458
18.5. Conclusiones 460

19. ***La terapia de esquemas, de Young***..... 463
Javier Valenzuela y Vicente E. Caballo

19.1. Introducción..... 463
19.2. La terapia de esquemas..... 463
19.3. Concepto de esquemas tempranos desadaptativos 464

19.4. Dimensiones y tipos de esquemas 464
19.5. Procesos de los esquemas..... 469
19.6. Modos de esquemas 471
19.7. Desarrollo y aplicación de la terapia de esquemas..... 472
19.7.1. Fase de evaluación y educación 472
19.7.2. Cambio de esquemas..... 475
19.8. Conclusiones y tendencias futuras..... 481

20. ***El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual***..... 483
Azucena García Palacios

20.1. Introducción..... 483
20.2. Teoría dialéctica del trastorno límite de la personalidad..... 484
20.2.1. Áreas problemáticas en el trastorno límite de la personalidad. Reorganización de los criterios diagnósticos 485
20.2.2. La perspectiva dialéctica..... 485
20.2.3. El modelo biosocial..... 487
20.3. La terapia dialéctica conductual 491
20.3.1. Visión general del tratamiento 491
20.3.2. Modos de aplicación del tratamiento 495
20.3.3. Acuerdos entre el paciente y el terapeuta..... 496
20.3.4. Estructura del tratamiento..... 497
20.3.5. Reducción de conductas suicidas..... 498
20.3.6. Reducción de conductas que interfieren en el proceso de terapia .. 501
20.3.7. Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente 501
20.3.8. Entrenamiento en habilidades comportamentales 502
20.4. Conclusiones 511

21. ***Terapia Icónica para la estabilización emocional (Ico-Estemo)*** 513
Soledad Santiago López

21.1. El origen de la Terapia Icónica 513
21.2. Necesidad de elaborar un modelo explicativo de la conducta inestable o inadaptada 514
21.3. Modelo terapéutico y fundamentación teórica del mismo 516
21.4. Objetivos de la terapia 521
21.5. Breve descripción de la terapia 522
21.5.1. Inicio de la terapia y reflexión sobre las conductas habituales ante la frustración (hipótesis de funcionamiento)..... 522
21.6. Modalidad de aplicación 534
21.7. Discusión..... 535

22. ***El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal*** **537**
Lynn E. Alden, Tanna M. B. Mellings y Andrew G. Ryder

22.1. Introducción 537
22.2. Cuestiones diagnósticas 537
22.3. El tratamiento del trastorno de la personalidad porevitación 541
22.3.1. Estudios empíricos 541
22.3.2. Un esquema de tratamiento cognitivo-interpersonal 550

23. ***El tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia*** 571
James C. Overholser

23.1. Introducción 571
23.2. El tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia 573
23.2.1. Ámbito 1: Estabilizar las reacciones emocionales 574
23.2.2. Ambito 2: Mejorar las perspectivas de sí mismo 577
23.2.3. Ambito 3: Mejora del funcionamiento social 580
23.2.4. Ambito 4: Enfrentarse a los antecedentes ocurridos durante el desarrollo 582
23.3. Conclusiones *y* directrices futuras 583

24. ***Terapia farmacológica para los trastornos de la personalidad*** 587
Néstor M. S. Koldobsky

24.1. Introducción 587
24.2. Tratamiento de dimensiones o características clínicas específicas con posible origen biológico 588
24.2.1. Las perturbaciones a nivel cognitivo 590
24.2.2. Los síntomas relacionados con el déficit oel aislamiento social... 591
24.2.3. Anormalidades neuropsicológicas 591
24.2.4. La conducta impulsiva/agresiva 592
24.2.5. Alteraciones del estado de ánimo 593
24.2.6. Ansiedad 594
24.2.7. Agresividad/violencia 595
24.3. Modelos teórico-prácticos para el tratamiento farmacológico de los TT PP 595
24.4. Mecanismos de acción de las diferentes clases de psicofármacos 602
24.4.1. Antidepresivos 602
24.4.2. Ansiolíticos 606
24.4.3. Anticonvulsivantes 607
24.4.4. Nuevas directrices: los antagonistas opioides 608

24.4.5. La polifarmacia..... 610
24.4.6. Otro tema de interés: la aceptación de los tratamientos 610
24.5. Algoritmos desarrollados por Soloff..... 611
24.6. Conclusiones 614
24.7. Directrices futuras..... 615

25. ***Cambios paralelos en psicoterapia para el terapeuta y el paciente con un trastorno de la personalidad***..... 617
Arthur Freeman, Michelle Saxen Hunt y Lisa Yacono Freeman

25.1. Introducción..... 617
25.2. Los trastornos de la personalidad 618
25.3. Obstáculos y paralelismos en la relación terapéutica: transferencia y contratransferencia 619
25.4. La relación terapéutica en el tratamiento del paciente con un trastorno de la personalidad 621
25.5. Colaboración terapéutica 622
25.6. Retos para la terapia..... 623
25.6.1. Comprender la naturaleza de los trastornos de la personalidad .. 623
25.6.2. Aceptar el impacto en la vida y las implicaciones del trastorno de la personalidad sin pesimismo injustificado 627
25.6.3. Asumir el trastorno y su resistencia al cambio..... 629
25.6.4. Poseer las habilidades necesarias para afrontar un trastorno de la personalidad..... 631
25.6.5. Mantener la motivación para manejar los retos constantes de un trastorno de la personalidad..... 632
25.6.6. Ser capaz de enfrentarse a la frustración 634
25.6.7. Tener una red de apoyo para los "días difíciles"..... 635
25.6.8. Ser capaz de mantener la estructura necesaria para el tratamiento 636
25.6.9. Ser capaz de mantener la colaboración terapéutica en los "días malos"..... 638
25. 6.10. Desarrollar una perspectiva optimista sobre el futuro..... 640
25.6.11. Mantener los objetivos de la terapia realistas, observables y medibles 642
25.6.12. Ser capaz de controlar la ira y el comportamiento impulsivo 643
25.6.13. Adoptar un enfoque de solución de problemas ante las diferentes situaciones..... 645
25.6.14. La capacidad de ver problemas en el horizonte y poder cortarles el paso..... 646
25.6.15. La capacidad de autovigilarse..... 648
25.6.16. La capacidad de vigilar a los demás 650
25.6.17. Ser capaz de utilizar las tareas para casa como un importante instrumento terapéutico..... 651
25.6.18. Adquirir las habilidades para afrontar la ansiedad que surge en la terapia..... 652

25.6.19. La capacidad y la voluntad de establecer y mantener límites 653
25.6.20. La capacidad y la voluntad de buscar ayuda cuando se necesita . 654
25.7. Conclusión 655

26. ***Psicoterapia sinèrgica: Más allá de las formas contemporáneas de psicoterapia*** 657
Roger D. Davis, Theodore Millón y Sarah Meagher

26.1. Introducción 657
26.2. Orientaciones contemporáneas 658
26.2.1. La terapia breve 659
26.2.2. El enfoque de los factores comunes 659
26.2.3. El eclecticismo técnico 661
26.3. La evaluación de las orientaciones contemporáneas en psicoterapia 662
26.3.1. La terapia breve 662
26.3.2. El enfoque de los factores comunes 664
26.3.3. El eclecticismo terapéutico 665
26.3.4. Conclusión 667
26.4. La personalidad como constructo: implicaciones para la teoría *y* la terapia 668
26.4.1. El contraste con los modelos de rasgo léxicos 669
26.4.2. El contraste con el pasado de orientación hacia las escuelas 670
26.5. Una teoría evolucionista de la personalidad 672
26.5.1. El contraste con los modelos léxicos de rasgo 676
26.5.2. El contraste con los enfoques integradores 679
26.5.3. Una ciencia de la personología 681
26.5.4. La psicoterapia sinèrgica 683
26.5.5. Potenciar los emparejamientos 684
26.5.6. Las secuencias catalíticas 684
26.5.7. Los ámbitos de la personalidad 685
26.5.8. Ámbitos funcionales 686
26.5.9. Ámbitos estructurales 687
26.5.10. La planificación de los arreglos sinérgicos 688
26.7. Obstáculos a la psicoterapia sinergica 690
26.7.1. La confusión entre estilos y rasgos de personalidad 690
26.7.2. Los patrones diagnósticos actuales 692
26.7.3. Los obstáculos a los estudios sobre los resultados terapéuticos 695
26.7.4. La educación de los profesionales 696
26.8. Conclusión 696

Bibliografía 699

Prólogo

John M. Oldham

Comprender y tratar los trastornos graves de la personalidad ocupa un lugar cada vez más importante en nuestra área. El concepto unificado de estrés/vulnerabilidad sobre la enfermedad se aplica de igual manera a todas las categorías de los principales trastornos mentales (París, 1999), incluyendo, por supuesto, los trastornos de la personalidad; este marco es totalmente compatible con el modelo basado en un continuo de la psicopatología, un sistema de clasificación básicamente cuantitativo. Así, un paciente con factores de riesgo inherentes para desarrollar un trastorno del estado de ánimo, con una cantidad *x* de carga genética para la falta de regulación del mismo y con una cantidad y de estrés ambiental, especialmente en las etapas críticas *z* de desarrollo, podría progresar una forma de trastorno límite de la personalidad (TLP) o bien, con una mezcla diferente de *x, y, z* podría desarrollar, por el contrario, un trastorno bipolar. Un paciente con factores de riesgo para derivar en una esquizofrenia podría, de nuevo con "dosis" distintas de vulnerabilidad y estrés, desarrollar bien un trastorno esquizotípico de la personalidad o bien una esquizofrenia.

El pensamiento integrador de las líneas anteriores, apoyándose más en las nociones dimensionales que en los tradicionales sistemas categoriales de clasificación, está guiando y reelaborando nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad. Parece claro que éstos son frecuentes en la población en general, aunque es probable que haya una considerable variabilidad en las tasas de prevalencia de trastornos específicos de la personalidad en las diferentes culturas (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). Estos trastornos son mucho más frecuentes en las poblaciones clínicas (Weissman, 1993), especialmente aquellos que implican elevados niveles de malestar o deterioro emocional en el funcionamiento social o laboral, como el trastorno límite de la personalidad (Gunderson, 2001), y estos pacientes con frecuencia padecen al mismo tiempo otros trastornos psiquiátricos, como el depresivo mayor o el causado por el consumo de sustancias psicoactivas (Oldham, 1994).

Se están desarrollando directrices prácticas basadas en datos empíricos para los trastornos de la personalidad, tales como las "Directrices Prácticas de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con un trastorno límite de la personalidad" *(American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder)* (APA, 2001). Los análisis metaestadísticos so-

bre tratamiento llevan a la clara conclusión de que éste es eficaz para estos trastornos, especialmente una variedad cada vez mayor de enfoques psicoterapéuticos (Leichsenring y Leibing, 2003). Se están realizando y publicando nuevos estudios sobre tratamiento, muchos de los cuales implican diseños de distribución aleatoria y con grupos control, lo que contribuye de forma significativa a nuestra base de datos y muestra de manera más sólida que estos trastornos pueden ser comprendidos y tratados.

En este ambiente enriquecido de los trastornos de la personalidad, el *Manual de trastornos de la personalidad,* dirigido por Vicente Caballo, constituye un fantástico complemento para la bibliografía. Este amplio volumen resume de forma excelente el estado actual de nuestro conocimiento sobre los trastornos de la personalidad, incluyendo una revisión de las controversias actuales sobre su clasificación, etiología, curso y tratamiento. El libro analiza después, de forma sistemática, cada trastorno específico de la personalidad, utilizando un esquema uniforme en cada capítulo con el fin de permitir una fácil comparación entre los trastornos. Se describen con detalle los métodos para evaluarlos, incluyendo entrevistas estructuradas, métodos de autoinforme y la evaluación clínica. Una de las principales virtudes de esta obra es su fuerte énfasis en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Se presentan nuevos avances en la terapia de valoración cognitiva, en la dialéctica conductual y en la de esquemas, junto con otros enfoques como la terapia icónica, la cognitivo-interpersonal y la psicoterapia sinèrgica. Además, se incluye un capítulo que repasa la psicofarmacología de los síntomas como componente de un tratamiento amplio de los trastornos de la personalidad. Considerado en su totalidad, este volumen constituye una contribución de enorme valor al área.

Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad

Vicente E. Caballo
Universidad de Granada (España)

1.1. Introducción

Si nos detenemos a pensar por un momento en nuestro comportamiento podremos darnos cuenta de que a veces actuamos de manera poco lógica, inflexible, desconfiada, explotadora, agresiva, sumisa, falsa, altiva, incompetente, etc. Estas conductas no sólo nos afectan negativamente a nosotros mismos, sino también a otras personas de nuestro entorno. Afortunadamente, dichos comportamientos se encuentran limitados en el tiempo y no se mantienen más allá de un período breve y concreto. Sin embargo, para los individuos que tienen un trastorno de la personalidad (TP) este tipo de acontecimientos no constituyen episodios aislados, sino que se prolongan a lo largo de sus vidas, impregnando gran parte de su discurrir existencial. Los trastornos de la personalidad (TT PP) se caracterizan por ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Suelen constituir desviaciones importantes de lo que serían los patrones de vida normal y, especialmente, de comportamiento interpersonal dentro del grupo sociocultural al que pertenece el individuo.

El funcionamiento social y laboral de los individuos con un TP puede estar deteriorado, pero generalmente mantienen su contacto con la realidad. Los individuos con este tipo de problema muchas veces se sienten cómodos con los síntomas característicos de dicho problema debido, quizá, a que los conceptos sobre sí mismos que poseen y los patrones de comportamiento que manifiestan son lo único que conocen y recuerdan (O'Connor y Dyce, 2001). Estos autores señalan que los sujetos con un TP a menudo valoran positivamente estas características propias que son perturbadoras para su entorno. Así, podríamos decir que algunos TT PP son "egosintónicos", mientras que la mayoría de los otros trastornos clínicos son estados "egodistónicos", es decir, que se sienten como extraños e indeseables. Como se ha señalado anteriormente, los TT PP están más estrechamente ligados a las expectativas culturales que los demás trastornos clínicos y el diagnóstico sobre problemas de la personalidad se lleva a cabo en las personas que valoran positivamente sus conductas y pensamientos desadaptativos.

Los TT PP a menudo acompañan o provocan numerosos problemas en el individuo y/o en el entorno, tales como delitos, suicidios, abuso de sustancias psicoactivas, problemas interpersonales, violencia, problemas laborales, conflictos de pareja, problemas académicos, etc. Su tratamiento es difícil y costoso y cuando acompañan a otro trastorno clínico, suelen dificultar y prolongar el tratamiento del mismo.

Los trastornos de la personalidad constituyen un área de notable actualidad en el campo de la salud mental, y son ampliamente publicitados en los medios de comunicación, especialmente algunos de los más llamativos (p. ej., el trastorno antisocial de la personalidad o el trastorno histriónico de la personalidad). No obstante, su estudio se encuentra plagado de dificultades y controversias como veremos en las siguientes secciones.

1.2. Breve historia

Los tipos y trastornos de la personalidad se han descrito desde hace miles de años, como se ilustra en la descripción de los cuatro temperamentos hipocráticos: el melancólico (pesimista), el sanguíneo (optimista), el colérico (irritable) y el flemático (apático). Es interesante observar que en la teoría griega inicial de estos temperamentos, determinados por la proporción relativa de los cuatro humores corporales (bilis negra, sangre, bilis amarilla y flema, respectivamente), ya se reflejaban los actuales intentos por descubrir las bases biogenéticas de la personalidad. A principio del siglo **XIX,** psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush y Pritchard describieron los tipos de personalidad socialmente inadaptados que observaban en situaciones clínicas. Al comienzo del siglo **XX** se describieron tipos más específicos de la personalidad; Janet (1901) y Freud (Breuer y Freud, 1955) definieron los rasgos psicológicos asociados a la histeria, la precursora del trastorno histriónico de la personalidad.

Actualmente los trastornos de la personalidad se encuentran incluidos en las últimas ediciones de las dos principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, el DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000) y la CIE (CIE-10, OMS, 1992). Aunque los trastornos de la personalidad se han incluido en todas las versiones del DSM, sólo los trastornos paranoide, obsesivo-compulsivo y antisocial han sido "miembros estables" del mismo desde sus inicios en el DSM-I (APA, 1952). Algunas categorías actuales (p. ej., el trastorno límite de la personalidad) fueron añadidas en posteriores ediciones, mientras que otras (p. ej., el trastorno de la personalidad por inadecuación) fueron eliminadas. El sustrato teórico de las categorías del DSM para los trastornos de la personalidad ha cambiado también con el paso del tiempo (Gunderson, 1992). El DSM-I, publicado en 1952 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría *(American Psychiatric Association),* definía los trastornos de la personalidad no como patrones crónicos y estables, sino como rasgos que no funcionaban correctamente bajo situaciones estresantes y que producían un comportamiento inflexible y desadaptativo. El DSM-II (APA, 1968) subrayó que los trastornos de la personalidad incluían no sólo una conducta socialmente desviada, sino también malestar y deterioro del funcionamiento. El DSM-III (APA, 1980) realizó varios cambios relevantes en la conceptualización y clasificación de los trastornos de la perso-

nalidad. Se apartó de la orientación psicoanalítica y buscó un enfoque ateórico y descriptivo. Se añadieron criterios diagnósticos específicos y los trastornos de la personalidad fueron emplazados en un eje separado (el Eje II) para subrayar la importancia de su diagnóstico. Los cambios realizados en el DSM-III-R (APA, 1987) y en el DSM-IV trataron de aumentar la validez de las categorías del trastorno de la personalidad incorporando los datos generados en la creciente bibliografía empírica. Aunque las descripciones actuales del DSM intentan representar una síntesis óptima entre la tradición clínica y los hallazgos empíricos, probablemente continuarán evolucionando con el tiempo, a medida que aumente nuestra comprensión acerca de estos trastornos.

1.3. Componentes de la personalidad

Podemos hablar de la personalidad como una mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente). Seguidamente abordamos con brevedad dichos componentes de la personalidad:

A) Temperamento

El temperamento se refiere a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que influyen sobre la personalidad. Es decir, constituiría la dimensión biológica de la personalidad. Cloninger *et al.* (1993) han planteado cuatro posibles dimensiones biológicas del temperamento:

1. "Búsqueda de novedad o activación conductual". Se refiere a una tendencia genética a implicarse en actividades exploratorias que lleven a la estimulación placentera o a otras recompensas, o bien a un comportamiento que evite el aburrimiento o la monotonía.
2. "Evitación del daño o inhibición conductual". Se refiere a la inhibición de comportamientos que conducirían al castigo, a situaciones nuevas o a la frustración.
3. "Dependencia de la recompensa o mantenimiento conductual". Es la tendencia constitucional a responder a las situaciones reforzantes y a mantener comportamientos que continúan produciendo placer o que alivian el castigo.
4. "Persistencia". Es la tendencia a continuar realizando una conducta a pesar de los posibles obstáculos o dificultades.

Otros autores (p. ej., Costa y McCrae, 1985) hablan de cinco grandes factores temperamentales de la personalidad *(Big Five),* que serían los siguientes:

1. "Neuroticismo". Tendencia al malestar psicológico y a la conducta impulsiva.
2. "Extraversión". Tendencia a implicarse en situaciones sociales y a sentir alegría y optimismo.

3. "Apertura a la experiencia". Curiosidad, receptividad a nuevas ideas y expresividad emocional.
4. "Amabilidad". Grado en que se muestra compasión y hostilidad hacia los demás.
5. "Responsabilidad". Grado de organización y compromiso con los objetivos personales.

B) Carácter

El carácter se refiere a factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad. Buena parte del carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización. Los *esquemas* se encontrarían dentro del concepto de carácter, al ser algo aprendido, generalmente durante la infancia. El carácter, incluyendo los esquemas (de especial relevancia en los trastornos de la personalidad), reflejaría la dimensión psicológica de la personalidad (Sperry, 1999). Y ha sido habitualmente el carácter lo que ha constituido el objetivo de tratamiento para las distintas terapias dirigidas a la modificación de los TP.

— *Sobre los esquemas.* Los esquemas se refieren a las creencias básicas que utiliza un individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo (incluyendo a las demás personas) y el futuro. Segal (1988) define los esquemas como "elementos organizados a partir de experiencias y reacciones pasadas que forman un cuerpo relativamente compacto y persistente de conocimiento capaz de dirigir las valoraciones y percepciones posteriores". Cottraux y Blackburn (2001), siguiendo los planteamientos de Aaron Beck, describen tres niveles de procesamiento de la información relevantes para la comprensión de los trastornos de la personalidad. El primer nivel se compone de *esquemas,* que almacenan postulados y suposiciones básicas que se utilizan para interpretar la información. Sólo la información que concuerda con los esquemas es procesada de forma completa. El segundo nivel consta de procesos cognitivos o *distorsiones cognitivas.* Aquí, la asimilación de la experiencia al contenido de un esquema predomina sobre la acomodación de un esquema a los hechos de la experiencia. En el tercer nivel, los procesos cognitivos traducen los esquemas en *pensamientos automáticos.* Estos se definen como monólogos, diálogos o imágenes internos que no son conscientes a menos que el individuo fije su atención en ellos.

En el cuadro 1.1 se presenta una descripción de los distintos trastornos de personalidad, según el DSM-IV, desde la posición de estos cinco "grandes" factores.

Existen muchos planteamientos sobre las dimensiones básicas de la personalidad, pero no parece que por ahora se vaya a alcanzar un acuerdo sobre esta cuestión. El olvido del temperamento en las terapias para los TP ha podido ser una de las principales razones de la poca eficacia de dichas terapias. La propuesta de Sperry (1999) de cambiar el carácter y modular el temperamento a la hora de llevar a cabo una intervención para los TP merece la pena ser tenida en cuenta (véase más adelante el apartado dedicado al tratamiento).

Cuadro 1.1. *Descripción de los trastornos de la personalidad del DSM-IV según los cinco "grandes" factores (adaptado de Widiger* et al., 2002*).*

	TPP	*TEP*	*TETP*	*TAP*	*TLP*	*THP*	*TNP*	*TPE*	*TPD*	*TOCP*	*TPAP*	*TADP*	*TDP*	*TSP*
1. *Neuroticismo*														
Ansiedad			Alto		Alto			Alto	Alto				Alto	
Ira-hostilidad	Alto			Alto	Alto		Alto				Alto			Alto
Depresión					Alto	Alto		Alto				Alto	Alto	Bajo
Conciencia de sí mismo			Alto			Alto	Alto	Alto	Alto				Alto	
Impulsividad					Alto									
Vulnerabilidad					Alto			Alto	Alto			Alto		
2. *Extraversión*														
Cordialidad		Bajo	Bajo			Alto			Alto					
Gregarismo		Bajo	Bajo			Alto		Bajo						
Asertividad								Bajo	Bajo	Alto	Bajo			Alto
3. *Actividad*														
Búsqueda de emociones				Alto		Alto		Bajo				Bajo		
Emociones positivas		Bajo	Bajo			Alto								
4. *Apertura a la experiencia*														
Fantasía			Alto			Alto	Alto							
Estética														
Sentimientos		Bajo				Alto								

Cuadro 1.1. *(Continuación)*

	TPP	TEP	TETP	TAP	TLP	THP	TNP	TPE	TPD	TOCP	TPAP	TADP	TDP	TSP
Acciones			Alto											
Confianza	Bajo		Bajo			Alto			Alto					
Sinceridad	Bajo			Bajo			Bajo					Bajo		
Altruismo				Bajo					Alto			Alto		Bajo
Conformidad	Bajo			Bajo			Bajo		Alto	Bajo	Bajo	Bajo		Bajo
Modestia							Bajo		Alto					
Sensibilidad ante los demás				Bajo									Bajo	Bajo
5. *Responsabilidad*														
Competencia										Alto	Bajo			
Orden										Alto				
Sentimiento del deber				Bajo						Alto		Bajo		
Necesidad de logro										Alto				
Autodisciplina				Bajo								Bajo		
Reflexión				Bajo										

*Leyenda:*TPP= Trastorno paranoide de la personalidad; TEP= Trastorno esquizoide de la personalidad; TETP= Trastorno esquizotípico de la personalidad; TAP= Trastorno antisocial de la personalidad; TLP= Trastorno límite de la personalidad; THP= Trastorno histriónico de la personalidad; TNP= Trastorno narcisista de la personalidad; TPE= Trastorno de la personalidad por evitación; TPD= Trastorno de la personalidad por dependencia; TOCP= Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; TPAP= Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad; TADP= Trastorno autodestructivo de la personalidad; TDP= Trastorno depresivo de la personalidad; TSP= Trastorno sádico de la personalidad.

1.4. Personalidad y trastornos de la personalidad

Una cuestión importante antes de entrar en la descripción de los trastornos de la personalidad es plantearse qué es la personalidad. Ya hemos visto sus principales componentes en la sección anterior. Pero, ¿cómo podríamos definirla? Aunque se han propuesto numerosas definiciones de ese constructo, parece que existe un cierto consenso en que la *personalidad* podría considerarse como *un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones* (Phares, 1988). Teniendo en cuenta esta definición, nos podríamos preguntar ¿cuál sería la diferencia entre una personalidad normal y una personalidad patológica? Desafortunadamente, no están nada claras esas posibles diferencias. Millon y Escovar (1996a) señalan que los individuos "poseen una personalidad normal, sana, cuando manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal. Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces podemos hablar de un patrón patológico o desadaptativo" (p. 6).

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2000) considera que los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales y que sólo cuando dichos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo pueden considerarse como *trastornos de la personalidad.* La característica esencial de un trastorno de la personalidad sería un "patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos" (p. 686). Podemos, por lo tanto, afirmar que las características básicas de un trastorno de la personalidad son las siguientes: *a)* está profundamente enraizado y es de naturaleza inflexible, *b)* es desadaptativo, especialmente en contextos interpersonales, *c)* es relativamente estable a lo largo del tiempo, *d)* deteriora de forma significativa la capacidad de la persona para funcionar y *e)* produce malestar en el entorno de la persona.

1.5. Clasificación de los trastornos de la personalidad

En la clasificación de los TT PP seguiremos principalmente el DSM-IV-TR (APA, 2000), aunque incluiremos también información sobre la CIE-10. Tenemos que señalar que hay numerosos problemas en la clasificación y el diagnóstico de los TT PP. Así, por ejemplo, se ha planteado por qué estos trastornos mantienen en el DSM-IV-TR un eje aparte (Eje II) de los principales síndromes clínicos (Eje I). No parece que esta cuestión esté clara. Se ha encontrado también un escaso grado de acuerdo entre diferentes métodos a la hora de determinar la presencia de TT PP, no sólo cuando se desea identificar la presencia de un

trastorno de personalidad, sino también cuando sólo se quiere averiguar si existe un trastorno específico de la misma (Costello, 1996b). Otra cuestión controvertida, muy relacionada con la anterior, es la consideración de los TT PP desde una posición categorial o desde una posición dimensional (véase Millon y Escovar, 1996a). La taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero menos cercanas a la realidad, mientras que un modelo dimensional presenta información más precisa, pero también más compleja y difícil (véase también la próxima sección). La clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000) adopta una posición categorial, aunque da cierto crédito a los modelos dimensionales. En el cuadro 1.2 podemos ver los criterios diagnósticos generales del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.

Cuadro 1.2. *Criterios del DSM-IV-TR y de la CIE-10 para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.*

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno de la personalidad	Criterios diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos específicos de la personalidad
A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: 1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos). 2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional). 3. Actividad interpersonal. 4. Control de los impulsos.	G.1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse se desvían de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas: 1. Cognición. 2. Afectividad. 3. Relaciones con los demás y manejo de situaciones interpersonales. 4. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.	G.2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales.
C. Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	G.3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2.
D. Es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.	G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o en la adolescencia.
E. No es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.	G5. La desviación no puede ser explicada como consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto.
F. No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., un traumatismo craneal).	G6. La desviación no se debe a una enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales.

Cuadro 1.3. *Clasificación de los distintos trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR y la CIE-10.*

Trastornos de la personalidad, según el DSM-IV-TR	*Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, según la CIE-10 (F60-F69)*
Grupo A: "extraños o excéntricos" • Trastorno paranoide de la personalidad. • Trastorno esquizoide de la personalidad. • Trastorno esquizotípico de la personalidad.	*Trastornos específicos de la personalidad* (F60) • Trastorno paranoide de la personalidad. • Trastorno esquizoide de la personalidad.
Grupo B: "teatrales, volubles o impulsivos" • Trastorno antisocial de la personalidad. • Trastorno límite de la personalidad. • Trastorno histriónico de la personalidad. • Trastorno narcisista de la personalidad.	• Trastorno disocial de la personalidad. • Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. - Tipo límite. - Tipo impulsivo. • Trastorno histriónico de la personalidad.
Grupo C: "ansiosos" o "temerosos" • Trastorno de la personalidad por evitación. • Trastorno de la personalidad por dependencia. • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	• Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad. • Trastorno de la personalidad por dependencia. • Trastorno anancástico de la personalidad.
Trastornos de la personalidad no especificados • Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. • Trastorno depresivo de la personalidad.	• Otros trastornos específicos de la personalidad. - Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. - Trastorno narcisista de la personalidad. • Trastornos de la personalidad no especificados.
Trastornos incluidos en el apéndice del DSM-III-R pero eliminados en el DSM-IV • Trastorno autodestructivo de la personalidad (personalidad autodestructiva). • Trastorno sádico de la personalidad (personalidad sádica).	*Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad* (F61) *Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental* (F62) • Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. • Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica. • Otras transformaciones persistentes de la personalidad. • Transformación persistente de la personalidad no especificada. *Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto* (F68). *Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado* (F69).

Una vez vistas las características básicas de lo que sería un trastorno de la personalidad en general, el DSM-IV-TR incluye a los trastornos de personalidad en el Eje II de este sistema de clasificación y reúne a los distintos trastornos en tres grupos: Grupo A, sujetos "extraños" o "excéntricos", Grupo B, sujetos "teatrales", "volubles", "impulsivos", y Grupo C, sujetos "ansiosos" o "temerosos". El cuadro 1.3 muestra estos grupos, además de otros trastornos de la personalidad que por diversas razones no se encuentran incluidos en los grupos anteriores. Se incluye también en dicho cuadro la clasificación de la CIE-10.

Como vemos en el cuadro 1.3, la CIE-10 hace una clasificación similar al DSM-IV-TR en lo que corresponde a su apartado de trastornos de la personalidad. Las diferencias principales entre ambos sistemas de clasificación son las siguientes:

a) La CIE-10 no incluye el trastorno esquizotípico entre los trastornos de la personalidad, sino que lo ubica en el apartado relativo a "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes".

b) La CIE-10 habla del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con dos tipos: tipo impulsivo y tipo límite. Este último es muy similar al trastorno límite de la personalidad del DSM-IV-TR mientras que el tipo impulsivo no tendría una equivalencia exacta en el DSM-IV-TR, si bien algunos de sus ítems serían similares a los del trastorno límite del DSM-IV-TR.

c) La CIE-10 no incluye el trastorno narcisista de la personalidad, sino que lo integra dentro del apartado de otros trastornos específicos de la personalidad y sin criterios propios.

d) La CIE-10 adopta el nombre de trastorno anancástico de la personalidad como equivalente al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

e) La CIE-10 incluye otros apartados generales como Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad, Trasformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental, Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto y Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado, que no tienen equivalencia en el DSM-IV-TR. Belloch y Fernández-Álvarez (2002) señalan que esta dispersión en la clasificación de los trastornos de la personalidad por la CIE-10 "no ha tenido demasiado éxito, debido, en parte, a los problemas para establecer criterios diagnósticos claros para cada trastorno y, en parte, porque desde el punto de vista de la práctica resulta difícil manejar tantas posibilidades diagnósticas cuando no están claras ni justificadas las diferencias entre las diversas entidades que se proponen" (p. 23).

1.5.1. *El planteamiento categorial frente al dimensional*

Como indicamos en la sección anterior, existe una importante controversia a la hora de considerar a los TT PP bien desde una posición categorial o bien desde una posición dimensional. En otras palabras: ¿los TT PP constituyen formas de relacionarse diferentes de la conducta psicológicamente sana ("categorías") o por el contrario son versiones ex-

tremas de variaciones por lo demás normales de la personalidad ("dimensiones")? (Barlow y Durand, 2002). Como señalamos anteriormente, la taxonomía categorial produce descripciones simples y claras, pero menos cercanas a la realidad, aunque es más similar a la forma en la que trabajan los clínicos, mientras que un modelo dimensional presenta información más precisa, pero también más compleja y difícil. Teniendo en cuenta el solapamiento que se da entre las características de los distintos trastornos de la personalidad, parece que el enfoque dimensional podría ser un enfoque más apropiado. Incluso algunos autores han propuesto que el apartado del DSM-IV-TR de los trastornos de la personalidad con un enfoque categorial se sustituya por uno dimensional o que al menos se complementen (Widiger, 1993, 2000). No obstante, a pesar de las ventajas aparentes, los sistemas dimensionales todavía no han arraigado profundamente en el diagnóstico formal de la patología de la personalidad debido a las complicaciones y limitaciones de los mismos. Millon y Escovar (1996a) señalan que una tercera opción potencialmente útil para clasificar los TT PP sería el concepto de "prototipo", que comparte atributos categoriales y dimensionales. Al sujeto que presenta todas las características clínicas de una categoría nosológica determinada se le considera un prototipo de la misma. Los prototipos adquieren sentido en las variaciones del tipo central, en donde los casos típicos (representativos del tipo) son aquellos que comparten muchas características correlacionadas con el prototipo categorial.

Ni que decir tiene que estas cuestiones no están resueltas en absoluto y que existen muchas controversias y discusiones al respecto. Y no parece que en un futuro próximo vayan a producirse muchos avances en este campo.

1.5.2. Problemas en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad

Se ha planteado con frecuencia la dificultad para realizar un diagnóstico correcto de los trastornos de la personalidad. Además, raramente un TP constituye el diagnóstico principal o es el objetivo central del tratamiento. En un informe del Servicio Nacional de Salud (NHS) británico que incluía a 243.039 pacientes que acudieron para ser tratados de algún trastorno mental, sólo el 4% de ellos tenía un TP como diagnóstico principal (Department of Health, 2000). El diagnóstico y la clasificación de los trastornos de la personalidad están sometidos a revisiones y críticas, y no sólo se plantea un posible cambio a un modelo dimensional sino que también se cuestiona su ubicación en el Eje II del DSM-IV y se propone su traslado al Eje I (Livesley, 1998; Oldham y Skodol, 2000). Se han señalado igualmente las dificultades del DSM-IV para diagnosticar a la mayoría de los pacientes que se tratan por problemas de personalidad (Westen y Arkowitz-Westen, 1998). Estos autores encontraron que sólo el 39,4% de los sujetos que eran tratados por patrones desadaptativos de la personalidad recibían un diagnóstico del Eje II. El resto (más del 60%), aunque requería atención clínica por la gravedad de su patología no encajaba en ninguno de los trastornos del Eje II. Los autores anteriores abogan por una *evaluación funcional de la personalidad,* que sería compatible tanto con el enfoque categorial como con el dimensional, y que ante un determinado comportamiento del paciente plan-

tearía cuestiones del tipo: ¿bajo qué circunstancias es probable que aparezcan patrones cognitivos, afectivos, motivacionales o conductuales disfuncionales? O preguntas más específicas para comportamientos concretos como: ¿es vulnerable a sentirse humillado o avergonzado? ¿Con qué tipo de relaciones (de iguales, de figuras de autoridad, con el sexo opuesto) sucede esto principalmente? Lo que sí parece cada vez más claro es la necesidad de que la evaluación de los trastornos de la personalidad se base en datos empíricos (Livesley, 2001; Livesley y Jang, 2000), con el fin de facilitar y consolidar el diagnóstico y el trabajo clínico.

1.6. Características clínicas

Los pacientes con un TP presentan uno de los problemas más complejos y desafiantes para los clínicos. Los TT PP a menudo causan problemas a los demás y son costosos para la sociedad. Por lo general, estos individuos sufren considerables problemas familiares, escolares y laborales, así como en otros ámbitos. A veces tienen consecuencias para su salud física, bien por efectos del mismo trastorno (p. ej., una situación de estrés continuo que acaba repercutiendo en problemas fisiológicos) o como consecuencia de un comportamiento típico del trastorno (p. ej., accidentes debido a una conducta arriesgada). No obstante, a la hora de modificar el comportamiento global del sujeto tenemos que centrarnos en características más concretas y manejables. Para ello, podemos clasificar los síntomas del paciente en elementos conductuales, cognitivos y emocionales, aunque todos ellos formen un conjunto inseparable de manifestaciones de un determinado síndrome. Esta división aparente puede ser de utilidad a la hora de realizar el análisis funcional del problema del paciente, contribuyendo a identificar antecedentes y consecuentes y, sobre todo, delimitando y especificando las manifestaciones de los elementos que componen el comportamiento problema.

1.7. Epidemiología y curso

Los estudios indican que del 30 al 50% de los pacientes ambulatorios presenta un TP (Koenigsberg *et al.,* 1985) y que el 15% de los hospitalizados ingresa básicamente por problemas causados por un TP; casi la mitad de los ingresados restantes presenta también un trastorno de la personalidad comórbido (Loranger, 1990) que afecta significativamente a su respuesta al tratamiento. Berger (1985) encontró que el 39% de los pacientes que acudían a una clínica psiquiátrica privada de forma ambulatoria tenía un TP, y que eran los más frecuentes el límite (9,7%) y el obsesivo-compulsivo (8,2%). Entre los internados en una clínica o un hospital se han encontrado porcentajes tales como el 10,8% (Oldham y Skodol, 1991), el 12,9% (Fabrega *et al.,* 1993), el 14% (Mezzich *et al.,* 1990), el 54% (Fyer *et al.,* 1988) o el 57% (Nace *et al.,* 1991). También se ha estimado que los TTPP son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia del 10 al 13% (Abrams y Horowitz, 1996; Lenzenweger *et al,* 1997; Weissman, 1993).

Apenas existe información sobre la evolución de los trastornos de la personalidad a lo largo de un período prolongado de tiempo. El DSM-IV-TR especifica que los TT PP tienen que aparecer en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta. Sin embargo, los TP no aparecen de repente. Existe un cierto consenso con respecto a que las características básicas de un TP se desarrollan en la infancia y posteriormente se consolidan *y* estabilizan (O'Connor *y* Dyce, 2001). El hecho también de que los TTPP sean crónicos, impregnen muchos ámbitos de la vida del sujeto *y* sean egosintónicos, hace que su curso sea estable *y* su pronóstico desalentador. Un metaanálisis de estudios sobre los TTPP en personas de más de 50 años arrojó una prevalencia del 10% (Abrams *y* Horowitz, 1996). Este porcentaje es similar al que se señaló anteriormente en la población general, con lo que no parecía que hubiera una disminución de la prevalencia de los TT PP con la edad. Abrams *y* Horowitz (1999) realizaron un nuevo metaanálisis añadiendo los nuevos datos aparecidos desde 1995 hasta 1997 (con lo que el número de estudios analizados aumentó de 11 hasta 16). Curiosamente, la prevalencia media de esos 16 estudios fue del 22% para las muestras de adultos menores de 50 años *y* del 20% para las muestras de adultos mayores de esa edad. Este aumento de la prevalencia, en general, de los TTPP encontrado en dos revisiones realizadas con sólo tres años de diferencia da una idea de los enormes problemas que existen hoy día para realizar la evaluación y el diagnóstico de los TTPP. Aunque, como hemos visto, apenas había diferencias en la prevalencia de los TTPP en general entre sujetos mayores y menores de 50 años, parece que la situación cambia si se consideran los trastornos específicos. En este caso, parecía haber ciertas diferencias entre los dos grupos de edad en algunos de los trastornos concretos. El cuadro 1.4 refleja esas diferencias en la prevalencia.

Cuadro 1.4. *Prevalencia de trastornos de la personalidad específicos en adultos mayores y menores de SO años (tomado de Abrams y Horowitz, 1999).*

	Más de 50 años		Menos de 50 años	
	Porcentaje	N.º de estudios	Porcentaje	N.º de estudios
Paranoide	19,8	5	31,4	2
Esquizoide	10,8	6	2,3	2
Esquizotípico	4,9	5	1,2	3
Antisocial	2,6	6	4,8	3
Límite	7,1	7	3,4	3
Histriónico	4,9	7	3,4	5
Narcisista	4,6	7	12,6	3
Por evitación	7,7	8	3,2	3
Por dependencia	5,4	8	4,5	5
Obsesivo-compulsivo	7,8	12	6,6	5
Pasivo-agresivo	6,2	7	1,8	3
Autodestructivo	12,3	2	-	-
Mixto	2,0	4	5,9	2
No especificado	6,5	3	-	-

1.8. Aspectos diversos relacionados con los trastornos de la personalidad

Ruegg y Frances (1995) han llevado a cabo una revisión de las distintas investigaciones sobre diversos aspectos relacionados con los trastornos de la personalidad. Su revisión es notoriamente sesgada (sólo han revisado la base de datos Medline, dejando fuera gran parte de las revistas de Psicología) y se limitan únicamente a exponer resultados de diversos estudios, sin realizar un resumen sistemático de los hallazgos encontrados ni plantear conclusiones coherentes a partir de dichos estudios. No obstante, dicha revisión puede servirnos como indicación de algunas áreas en las que se incluyen los trastornos de la personalidad como parte de la investigación. Seguidamente exponemos muy brevemente algunos hallazgos encontrados en esas y otras áreas, aunque incluyendo también datos encontrados con posterioridad al estudio de Ruegg y Frances (1995). Por último, ofrecemos un breve apunte sobre trastornos de la personalidad y acontecimientos infantiles.

Relaciones con trastornos del Eje I

Tener un trastorno de personalidad durante la adolescencia dobla el riesgo de padecer problemas de ansiedad, un trastorno del estado de ánimo, un comportamiento autolesivo y trastornos de consumo de sustancias psicoactivas durante los primeros años de la edad adulta (Johnson *et al.,* 1999). Muchos de los pacientes que son tratados por un trastorno del Eje I padecen también trastornos de personalidad comórbidos. Se han encontrado TT PP asociados a trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de somatización, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos sexuales, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos disociativos. Los sujetos con un TP presentan más violencia -- incluyendo el homicidio (Miller *et al.,* 1993; Raine, 1993)— conducta autolesiva (Hillbrand *et al.,* 1994), intentos de suicidio y suicidios consumados (Brent *et al.,* 1988; Flawton *et al.,* 1993). Se ha encontrado que un elevado porcentaje de delincuentes (70-85% en algunos estudios), el 60-70% de los alcohólicos y el 70-90% de las personas que abusan de sustancias psicoactivas presentan, además, un trastorno de la personalidad. Ruegg y Frances (1995) encontraron que los TT PP se asociaban con más frecuencia unos determinados trastornos del Eje I que a otros. Así, en un 40% de pacientes con bulimia se daba un TP del Grupo B, especialmente el trastorno límite. Los pacientes con anorexia nerviosa y las personas con atracones tenían también con frecuencia un trastorno de la personalidad por evitación.

Es también muy probable que muchos de los sujetos con un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas tengan también un TP, especialmente el trastorno antisocial. Así, se ha encontrado que el TAP estaba asociado de forma clara con el abuso de drogas intravenosas, el abuso de fármacos por prescripción y el abuso de otras drogas diferentes al alcohol.

El trastorno obsesivo-compulsivo y la tricotilomanía están asociados con más frecuencia al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Entre los trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar se encuentra más asociado al trastorno límite y al trastorno histriónico, mientras que el trastorno depresivo está más asociado al tras-

torno de la personalidad por evitación y al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Entre los sujetos con un trastorno de ansiedad los TTPP más frecuentes son el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno de la personalidad por dependencia, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno esquizotípico y el trastorno paranoide de la personalidad. En el caso del trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad era el trastorno de personalidad más frecuente.

Relaciones con enfermedades médicas

Los sujetos con un TP presentan un mayor número de visitas a urgencias y hospitalizaciones médicas (Reich *et al.,* 1989a, b). Según Ruegg y Frances (1995), se ha encontrado una asociación entre los trastornos de la personalidad del Grupo B y el dolor crónico, los trastornos de conversión y somatomorfos y algunos otros síndromes caracterizados por quejas físicas. En algunos estudios, la presencia del VIH era más frecuente en sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad.

Aspectos genéticos

Según Ruegg y Frances (1995) los resultados de diversos estudios señalan una relación genética clara entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia. No obstante, no está nada clara la relación que existe entre los otros dos trastornos del Grupo A, el paranoide y el esquizoide, con la esquizofrenia. Se necesitarían más estudios. Con respecto al Grupo B, parece que los trastornos que podrían tener una mayor influencia genética serían el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad. Con respecto al Grupo C, un sistema límbico altamente excitable y reactivo puede predisponer al trastorno de la personalidad por evitación.

Relaciones con acontecimientos ambientales

Los sujetos con un TP presentan un alto porcentaje de separaciones, divorcios, procesos por la custodia de los hijos y desempleo. Presentan, además, elevadas tasas de accidentes. Es especialmente alto el porcentaje de individuos sin hogar que padecen un trastorno antisocial de la personalidad, y llega hasta el 45% en algún estudio (p. ej., Caton *et al.,* 1994).

Ruegg y Frances (1995), en su revisión de diversas investigaciones, encontraron que los TT PP estaban asociados con toda una serie de problemas sociales como los delitos, una mayor necesidad de asistencia médica, una clase social baja, los atracos, menores logros y una mayor dependencia de la ayuda pública.

Abusos en la infancia

Se han encontrado algunas elevadas tasas de sujetos con un TP que han sufrido abusos en la infancia. El TP que aparece más frecuentemente es el trastorno límite de la personalidad), con porcentajes que van desde el 19,4% (Salzman, 1993), el 59% (Dubo, 1993), el 70% (Paris, 1993a), el 75% (Henricksen-Labianca, 1993) hasta el 78% (Silk, 1993) de sujetos con este trastorno que han sufrido abusos en la infancia. Por otra parte, los sujetos con un TP parece que cometen también con más frecuencia abusos infantiles (Dinwiddie y Bucholz, 1993).

1.9. Etiología

Lo que sabemos de los TT PP, que empiezan temprano y duran prácticamente toda la vida, sugiere que tanto los aspectos genéticos como las primeras experiencias en la familia pueden ser importantes a la hora de considerar la etiología de los mismos. Se ha señalado que para la mayoría de los TT PP las influencias genéticas y las ambientales son igual de importantes y no se puede ignorar ninguna de ellas (O'Connor y Dyce, 2001). Estos autores señalan que las pruebas genéticas más amplias que tenemos hoy día se refieren a los trastornos paranoide, esquizoide, esquizotípico, límite y antisocial. Los trastornos del Grupo A se han estudiado principalmente por su supuesta relación con la esquizofrenia. No obstante, excepto la vinculación más o menos clara encontrada entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia, no parece haber muchas pruebas de la relación genética de este último síndrome clínico con los otros dos trastornos de dicho grupo A. Con respecto a los trastornos antisocial y límite de la personalidad se ha señalado que las influencias genéticas pueden desempeñar un importante papel, aunque se necesita todavía mucha investigación en este campo.

Los factores ambientales, especialmente el ambiente familiar, constituyen otro de los aspectos básicos, en interacción con las influencias genéticas, en el inicio y desarrollo de los TT PP. Se ha señalado que las experiencias familiares son únicas en cada individuo y que dos individuos que comparten el mismo ambiente familiar no tienen las mismas experiencias. De esta forma, si consideramos las predisposiciones biológicas iniciales de cada sujeto interaccionando con experiencias propias y únicas dentro del ambiente familiar, podemos llegar al desarrollo de los pilares básicos en la infancia de lo que posteriormente pueden llegar a ser estructuras de personalidad disfuncionales y desadaptativas.

El modelo cognitivo

Este modelo supone que los patrones de personalidad son estrategias filogenèticamente determinadas para facilitar la supervivencia y la reproducción. En consistencia con una perspectiva darwiniana, se supone que estas estrategias son formas de comporta-

miento programado diseñadas para servir a objetivos biológicos a largo plazo. Aunque la selección natural mejoró el ajuste entre el comportamiento programado y las demandas del ambiente, algunas estrategias tuvieron un deficiente encaje porque interfieren con los objetivos personales del individuo o entran en conflicto con las normas de su cultura (Hofmann, Lippe y Bufka, 1999). El modelo cognitivo reconoce que cada individuo tiene un perfil de personalidad único que se compone de diferentes niveles de probabilidad para responder de una manera específica en un grado específico a una situación específica. De este modo, las conductas pueden ser adaptativas o desadaptativas, dependiendo de las circunstancias.

El modelo cognitivo sigue suponiendo que los comportamientos se encuentran motivados por un sistema de control interno compuesto por procesos de autorregulación que determinan la manera en que la gente se comunica consigo misma, tales como la autovigilancia, la autoevaluación, los autoconsejos **y** las autoinstrucciones. Estas autoevaluaciones **y** autoinstrucciones están relacionadas directamente con los conceptos **y** los esquemas sobre sí mismo. Cuando son exageradas o deficientes, el concepto de uno mismo **y** los procesos relacionados resultan estrategias insuficientes para encontrar soluciones adaptativas al estrés ambiental **y** pueden llevar a una persona a pasar de un estilo de personalidad a un trastorno de la personalidad. Por consiguiente, una determinada creencia o actitud básica (p. ej., me pueden herir o rechazar) que está asociada con una determinada estrategia conductual (p. ej., evitación) puede dar como resultado un trastorno de personalidad específico bajo ciertas circunstancias (p. ej., un trastorno de la personalidad por evitación). Esto es más probable que ocurra si un individuo con una sensibilidad especial al rechazo desarrolla creencias **y** temores intensos sobre el significado catastrófico de esos acontecimientos **y** una imagen negativa sobre uno mismo. Esta imagen se ve reforzada si realmente se produce un rechazo **y** si el sistema de control interno es incapaz de afrontarlo (Hofmann, Lippe **y** Bufka, **1999).**

El modelo plantea que los individuos predispuestos que son incapaces de encontrar soluciones adaptativas al estrés ambiental mostrarán conductas que son características de sujetos que padecen un trastorno de la personalidad.

1.10. Evaluación de los trastornos de la personalidad

La evaluación de los trastornos de la personalidad no es una empresa fácil. Por la misma naturaleza de muchos de dichos trastornos, la evaluación se convierte en una ardua tarea. Parece haber más consenso sobre los problemas y las dificultades de dicha evaluación que sobre las posibles soluciones. En los TT PP hay que considerar si los síntomas son crónicos, estables y si se han iniciado pronto en la vida de la persona. Igualmente hay que averiguar si el individuo no reconoce sus problemas de personalidad y si estos son egosintónicos, todo lo cual iría en la dirección de diagnosticar un trastorno de la personalidad.

Actualmente existe una serie de entrevistas estructuradas e instrumentos de autoinforme que sirven para la evaluación de los TTPP. Sin embargo, parece que se dan bajos

niveles de concordancia entre las entrevistas, los autoinformes y los juicios clínicos. Clark, Livesley y Morey (1997) encontraron que los índices de concordancia (kapas) para las entrevistas estructuradas iban de 0,35 a 0,50. La concordancia entre entrevistas estructuradas y entrevistas clínicas era aún menor, de 0,21 a 0,38, y entre entrevistas estructuradas y medidas de autoinforme más baja todavía, de 0,08 a 0,42, con una media de 0,27. Cuando las medidas estadísticas eran correlaciones, las cifras iban de 0,19 a 0,54 para las relaciones entre cuestionarios y entrevistas y de 0,39 a 0,68 para los cuestionarios entre sí. La conclusión general que extraen dichos autores es que estos valores moderados no son aceptables ni desde un punto de vista clínico ni desde uno científico (Clark *et al.,* 1997; Perry, 1992).

Por otra parte, existe una mayor concordancia para algunos TTPP que para otros. Parece que la mayor concordancia (de 0,57 a 0,80) se da en el trastorno de la personalidad por evitación (curiosamente el TP más similar [si no el mismo trastorno] a un síndrome del Eje I, concretamente a la fobia social generalizada). El trastorno sobre el que había menos concordancia en la evaluación era el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (de —0,47 a 0,06) (véanse Clark *et al.,* 1997). Estos autores señalan también el frecuente solapamiento de los síntomas de los distintos TTPP. Es frecuente que cuando a una persona se le diagnostica un trastorno de la personalidad tenga, además, otros TTPP. Entre un 67% y un 85% de los pacientes que satisfacían los criterios de un TP cumplían también los criterios de al menos otro de ellos (Stuart *et al.,* 1998; Widiger y Rogers, 1989).

Se ha señalado que los distintos problemas a la hora de evaluar los trastornos de la personalidad provienen de instrumentos mal construidos y de deficiencias en las descripciones de los TTPP en los sistemas de clasificación (DSM, CIE). Si las definiciones y descripciones de los TTPP son poco precisas, las propiedades psicometricas de los instrumentos elaborados para evaluar los TT PP serán también imprecisas. Por todo ello, la evaluación de los trastornos de la personalidad seguirá estando plagada de dificultades hasta que no se resuelvan, al menos en buena medida, las deficiencias que hemos visto anteriormente.

No quisiera finalizar este apartado sin señalar la importancia del análisis funcional a la hora de evaluar (y tratar) cualquier trastorno psicológico (incluyendo los trastornos de la personalidad). Al realizar una evaluación funcional tenemos que averiguar las circunstancias en las que tienen lugar los problemas del individuo. Debemos enterarnos de cuáles son los factores predisponentes, las variables desencadenantes y de mantenimiento o agravantes con respecto a dichos problemas. Tenemos que llegar a entender las interacciones entre éstos y, finalmente, de qué manera obstaculizan el funcionamiento del sujeto en las diversas áreas de la vida (Davison, 2002; Westen y Arkowitz-Westen, 1998).

En el cuadro 1.5 listamos algunos instrumentos de evaluación utilizados para analizar todos los TT PP. Indicamos en primer lugar las entrevistas semiestructuradas y luego los inventarios o cuestionarios. Para una descripción más amplia y detallada de algunos de estos instrumentos véase el capítulo de este mismo libro dedicado a la evaluación de los trastornos de la personalidad.

Cuadro 1.5. *Instrumentos de evaluación general de los trastornos de la personalidad.*

Nombre del instrumento	Autor(es)	Nº de ítems
Entrevistas semiestructuradas		
Personality Assesment Schedule (PAS)	Tyrer *et al.* (1988)	24
Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)*	Zanarini *et al.* (1996)	108
Structured Interview for DSM Personality – (SIPD-IV)**	Phohl *et al.* (1997)	101
Personality Disorder Interview – IV (PDI-IV)*	Widiger *et al.* (1995)	93
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)* (1)	First *et al.* (1997)	119
Standardized Assessment of Personality**	Pilgrim y Mann (1990)	N/A
International Personality Disorder Examination (IPDE)** (2)	Loranger *et al.* (1995/1996)	99
Inventarios, cuestionarios y escalas		
Personality Diagnostic Questionnaire – IV (PDQ-IV) *	Hyler (1994)	85
Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorder Scales (MMPI-DP)	Morey *et al.* (1985)	157
Wisconsin Personality Inventory (WISPI)*	Klein *et al.* (1993)	214
Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)	Cloninger (1987)	100
Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*	Clark (1993)	375
Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*(en prensa)	Livesley y Jackson	290
Personality Assessment Inventory (PAI)	Morey (1992)	344
Coolidge Axis II Inventory (CATI)	Coolidge y Merwin (1992)	200
Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)* (3)	Millon *et al.* (1994)	175
Inventory for Interpersonal Problems – Personality Disorder scales (IIP-PD)	Pilkonis *et al.* (1996)	47
Cuestionario Exploratorio de la Personalidad – I (CEPER-I)* (4)	Caballo (1997)	150

* Utilizan los criterios del DSM. * * Utilizan los criterios del DSM y la CIE. N/A= No aplicable

(1) Versión en español: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (Barcelona: Masson, 1999).

(2) Versión en español: Examen internacional de los trastornos de la personalidad (Meditor, 1996).

(3) Existe una versión en español del MCMI-II (basado en el DSM-III-R) publicada por TEA.

(4) Se incluye en el Apéndice A de este capítulo.

I.II. Tratamiento de los trastornos de la personalidad

Es muy poco frecuente que los sujetos que padecen un TP acudan a tratamiento por causa de este trastorno. Cualquier tipo de terapia para los TT PP se ha mostrado difícil, prolongada y, en general, poco eficaz. Esto no es de extrañar teniendo en cuenta que nos enfrentamos con estructuras de personalidad o patrones de comportamiento, pensamientos y emociones profundamente enraizados en la persona. Es difícil modificar los hábitos de toda una vida. Otro obstáculo que debemos considerar se centra en las dificultades de las relaciones interpersonales que tienen la mayoría de los sujetos con un TP. Esto puede afectar también de forma negativa a la interacción entre el paciente y el terapeuta, haciendo más difícil mantener una relación de colaboración que pueda identificar objetivos relevantes y alcanzables (Davison, 2002). Por todo ello, hay numerosos clínicos que son reacios a tratar a los sujetos diagnosticados con un TP (Kendell, 2002). Otros seleccionan a los pacientes dependiendo del tipo de TP que padezcan y no admiten a los más graves o difíciles de tratar (Pelosi y McKee, 1999). Es más, en el Reino Unido el gobierno hizo pública en 1999 su intención de introducir en la legislación de Inglaterra y del País de Gales la posibilidad de detener por tiempo indefinido a personas con un "trastorno de la personalidad grave y peligroso", aunque no hubieran sido condenadas por un delito importante (Home Office y Department of Health, 1999). Es probable que buena parte de esos individuos, en gran medida hombres, sean internados en prisiones o en hospitales de alta seguridad (Kendell, 2002). Ante este panorama, ¿puede haber un resquicio que nos dé una esperanza para el tratamiento eficaz de los TT PP? La respuesta pudiera ser positiva, al menos para algunos TT PP concretos. Perry, Banon e Ianni (1999) analizaron la eficacia de diversos tratamientos para los trastornos de la personalidad publicados en 15 estudios. Todos ellos informaban de mejoras debidas al tratamiento, pero la recuperación completa se dio en el 51,8%, con una media de tiempo de tratamiento de 1,3 años (o 92 sesiones). Después de 2,2 años (o 216 sesiones) el porcentaje de sujetos recuperados debería llegar al 75%, según la estimación de los autores. No obstante, en este porcentaje estimado no se tienen en cuenta los abandonos, que llegan a alcanzar un 28% en los tratamientos más largos. Igualmente, tenemos que señalar que cuando concretamos el tipo de TP tratado, el más abordado era el trastorno límite de la personalidad (4 estudios), otro se centró en el trastorno límite y el trastorno esquizotípico, otro en el trastorno por evitación y otro en el trastorno antisocial de la personalidad. Los ocho estudios restantes se referían a tipos mixtos. Además, en 8 estudios había un trastorno comórbido del Eje I. De los 15 estudios sólo 3 emplearon terapia conductual o cognitivo-conductual exclusivamente (Alden, 1989a; Fahy *et al.,* 1993; Linehan *et al.,* 1994) y otros tres compararon la terapia cognitivo-conductual con la psicoterapia dinámica.

Bateman y Fonagy (2000) revisaron también la eficacia de los distintos tratamientos para los trastornos de la personalidad. Esos autores señalan que, aunque parece que existen pruebas de la eficacia de la psicoterapia para los trastornos de la personalidad, hay numerosos problemas en los estudios realizados que impiden hablar con total seguridad sobre la eficacia de dichos tratamientos. Los autores concluyen señalando que los tratamientos eficaces para los TT PP deben ser prolongados, amplios, coherentes en su teoría y centrados en la adhesión de los pacientes a los mismos.

Leichsenring y Leibing (2003) llevaron a cabo un metaanálisis de la terapia psicodinámica (14 estudios) y la terapia cognitivo-conductual (11 estudios) para los TT PP. Concluyeron que existen pruebas que indican que ambos tipos de terapia son eficaces para los trastornos de la personalidad. No obstante, el número de estudios que incluyen tratamientos controlados para los trastornos de la personalidad sigue siendo muy limitado y las conclusiones que se pueden sacar a partir de ellos son también muy limitadas.

Finalmente, Quiroga y Errasti (2001) llevaron a cabo una revisión de los tratamientos para los TTPP y llegaron a las siguientes conclusiones: 1) No parece existir ningún tratamiento psicológico que esté bien establecido como eficaz, ni para todos los TTPP en general, ni para un TP en particular; 2) La terapia conductual (incluyendo la terapia dialéctico-conductual) parece ser el único tipo de tratamiento al que podría considerarse como de eficacia probable, pero sólo con respecto al trastorno límite de la personalidad; y 3) El resto de los tratamientos psicológicos para los TT PP, tanto en general como en particular, sólo pueden ser calificados como tratamientos en fase experimental.

Teniendo en cuenta las revisiones anteriores, llama la atención que una terapia considerada clásica desde la perspectiva cognitivo-conductual, como es la terapia cognitiva de Beck (Beck y Freeman, 1990), carezca de estudios empíricos publicados para validar la eficacia de sus efectos clínicos (Quiroga y Errasti, 2001). Ni que decir tiene que la bibliografía existente sobre la eficacia de los numerosos enfoques minoritarios que pululan en nuestros días para el tratamiento de los TTPP (p. ej., la terapia cognitivo-analítica [Ryle y Kerr, 2001] o la terapia relacional [Magnavita, 1999]) es nula.

Seguidamente, comentaremos algunas cuestiones muy simples de la terapia farmacológica (una intervención que se sigue utilizando hoy día para el control de síntomas determinados de los TT PP) y abordaremos brevemente la perspectiva conductual (y cognitivo-conductual) para el tratamiento de estos trastornos.

Terapia farmacológica

Aunque en los últimos años ha habido un renovado interés en el tratamiento farmacológico de los TT PP, no parece que la medicación sea especialmente eficaz para este tipo de trastornos. Su utilidad se puede encontrar en el tratamiento de síntomas individuales, más que en el del TP global. Así, por ejemplo, el litio puede ser útil para el tratamiento de la conducta agresiva, los anticonvulsivantes en el tratamiento de la inestabilidad emocional, la irritabilidad y la impulsividad, los antipsicóticos para controlar los síntomas psicóticos del trastorno esquizotípico, los ansiolíticos para los síntomas de ansiedad del sujeto con evitación, etc. Teniendo en cuenta esta utilización de los fármacos, los TT PP para los que la terapia farmacológica ha funcionado mejor han sido los trastornos esquizotípico, límite y por evitación, y ha servido también para reducir el malestar en tiempos de crisis (Davison, 2002; O'Connor y Dyce, 2001). Sin embargo, en estos momentos no podemos hablar de que exista una terapia farmacológica eficaz para ninguno de los distintos trastornos de la personalidad.

Terapia conductual

La bibliografía que aborda los trastornos de la personalidad desde la posición conductual y cognitivo-conductual no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas. Técnicas como el entrenamiento en relajación, procedimientos que utilizan la imaginación, el modelado, la economía de fichas o el entrenamiento en habilidades sociales parecen haber resultado eficaces para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Piper y Joyce, 2001), aunque, en general, no se respira mucho optimismo a la hora de modificar estos patrones de comportamiento (Caballo, 1998, 2001c; Echeburúa y De Corral, 1999; Quiroga y Errasti, 2001). Como ya hemos señalado, este tipo de técnicas han abordado más bien síntomas concretos que comportamientos globales. La modificación de éstos requiere de programas más amplios y complejos, de los que las técnicas anteriores pueden ser componentes importantes. Los objetivos generales de tratamiento de estos programas podrían especificarse en cuatro niveles (Sperry, 1999):

Cuadro 1.6. *Estrategias utilizadas para la regulación o modulación del temperamento dentro de los trastornos de la personalidad (adaptado de Robinson, 1999 y Sperry, 1999).*

Síntomas de la expresión emocional
Por exceso
Entrenamiento en el control de impulsos
Entrenamiento en el manejo de la ansiedad
Entrenamiento en la reducción de la sensibilidad
Entrenamiento en la regulación emocional
Entrenamiento en la tolerancia ante el malestar
Establecimiento de límites
Manejo de la ira
Por defecto
Entrenamiento en la empatia
Identificación
Entrenamiento en darse cuenta de las emociones
Síntomas conductuales
Entrenamiento en el autocontrol
Síntomas interpersonales
Entrenamiento en la asertividad
Entrenamiento en las habilidades sociales/interpersonales
Síntomas cognitivos/perceptivos
Detención del pensamiento
Entrenamiento en darse cuenta de las cogniciones
Entrenamiento en el manejo de síntomas
Entrenamiento en la solución de problemas

1 .er nivel: Disminuir los síntomas
2. ° nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad
3. ° nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral
4. ° nivel: Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad

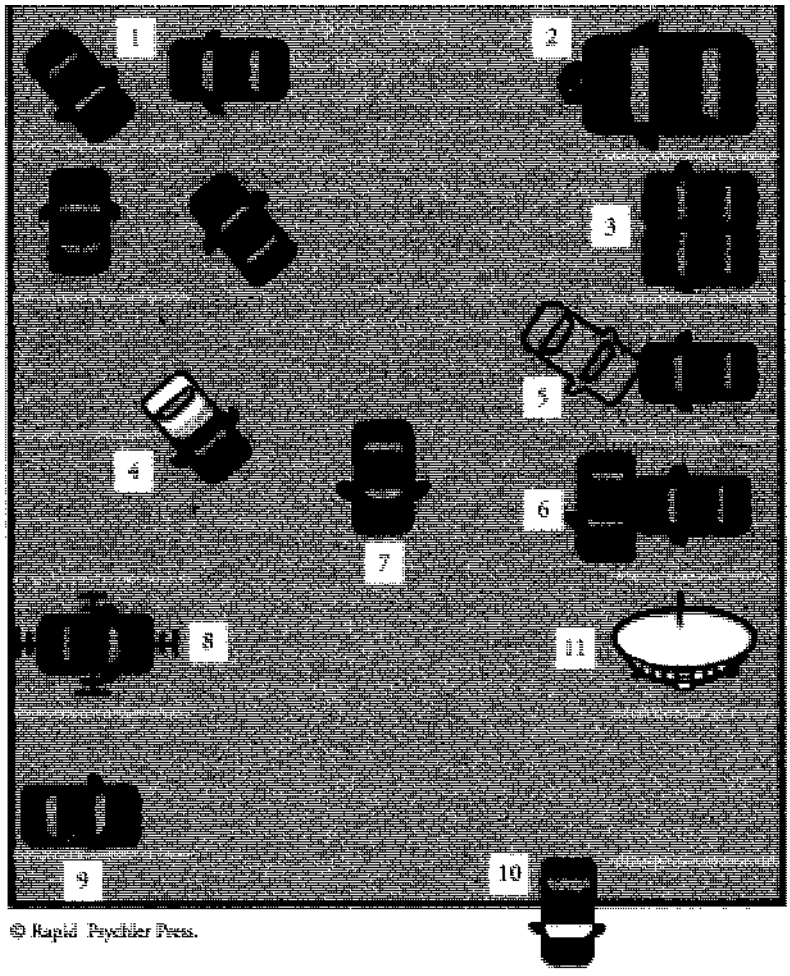
El autor señala que los niveles 2 y 4 implican modificación y no reestructuración radical y que la intervención en los niveles 1 y 3 es más fácil que en los otros dos. La modulación del temperamento (o normalización de las respuestas afectivas, cognitivas o conductuales que son insuficientes o excesivas) tiene que producirse antes que la modificación de la estructura del carácter o los esquemas. Algunas estrategias útiles para la regulación o modulación del temperamento pueden verse en el cuadro 1.6.

Aunque las terapias conductuales y cognitivo-conductuales comparten muchos de sus principios básicos, existen variaciones más o menos amplias entre unas y otras. En el cuadro 1.7 listamos algunas de las terapias conductuales o cognitivo-conductuales empleadas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, bien como intervención principal para cualquier TP (como, p. ej., la terapia cognitiva de Beck) o bien como tratamiento de elección para un TP específico (como, p. ej., la terapia dialéctico-conductual de Linehan). No incluimos en dicha tabla técnicas específicas tradicionales que suelen ser útiles en el tratamiento de muchos trastornos, tanto del Eje I como del Eje II, y que forman parte de las terapias más amplias dirigidas al manejo de los TTPP (p. ej., entrenamiento en la relajación, entrenamiento en las habilidades sociales, etc.).

Cuadro 1.7. *Terapias conductuales y cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad.*

Denominación	TP objetivo	Referencias
Terapia cognitiva, de Beck	Todos	Beck y Freeman (1990)
Terapia de valoración cognitiva	Todos	Wessler (2004)
Terapia de esquemas	Todos, pero más énfasis en el límite	Young *et al.* (2003)
Terapia dialéctico-conductual	Límite	Linehan (1993a)
Terapia cognitivo-conductual dinàmica	Límite	Turner (1989)
Terapia icónica	Límite	Santiago (2004)
Terapia cognitivo-interpersonal	Por evitación	Alden *et al.* (2004)
Terapia de integración*	Histriónico	Horowitz (1995)

* Mezcla elementos psicoanalíticos y cognitivo-conductuales.



Leyenda:

1. ***Paranoide:*** **¡Arrinconado otra vez!**
2. ***Narcisista:*** **El coche más grande y más lujoso.**
3. ***Dependiente:*** **Necesita a los otros coches para sentirse protegido.**
4. ***Pasivo-agresivo:*** **Estaciona en oblicuo para ocupar dos espacios.**
5. ***Límite:*** **Golpea el coche de su ex-amante.**
6. ***Antisocial:*** **Obstaculiza a los otros coches.**
7. ***Histriónico:*** **Aparca en el centro para darle un efecto escénico.**
8. ***Obsesivo:*** **Alineamiento perfecto en su plaza de estacionamiento.**
9. ***Evitativo:*** **Se esconde en la esquina.**
10. ***Esquizoide:*** **No puede tolerar la cercanía de los otros coches.**
11. ***Esquizotípico:*** **Estacionamiento intergaláctico.**

Figura 1.1. Cómo estacionan los distintos trastornos de la personalidad.

1.12. Conclusiones

Los TT PP constituyen un área de la psicopatología de permanente actualidad y, al mismo tiempo, llena de lagunas y controversias en su descripción, evaluación y tratamiento. Se necesitan todavía muchas investigaciones para que este campo de la psicopatología alcance un nivel de conocimiento aceptable. Hoy día tenemos datos fiables muy escasos sobre la etiología de estos trastornos, la descripción de los mismos se solapa notablemente en los principales sistemas nosológicos, la evaluación está plagada de dificultades e imprecisiones y el tratamiento (cualquier tipo de tratamiento) dista mucho de llegar a unos niveles mínimamente eficaces (muy lejos de lo conseguido con los demás síndromes clínicos, como los del Eje I del DSM-IV-TR). Los TTPP ocupan en el DSM-IV-TR un eje diferente al resto de los trastornos psicológicos, el Eje II. Se han planteado importantes controversias sobre si se debe mantener este eje separado del resto de los síndromes clínicos. Suponiendo que así fuera, algún autor ha propuesto que se sustituya el término "trastornos de la personalidad" por el de "trastornos de la interacción" y se dedique el Eje II a este tipo de trastornos (Derksen, 1995). La razón que da este autor es que una gran parte de los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad se refieren a problemas en las relaciones interpersonales. Y la interacción entre los individuos puede describirse de forma más objetiva que sus personalidades. De esta forma, el nuevo Eje II quedaría compuesto de cinco categorías referidas a un trastorno de la interacción debido a: 1) características psicóticas, 2) comportamiento antisocial, 3) conducta narcisista, 4) características de ansiedad y 5) características de rigidez. Aunque dudamos que esta proposición se recoja en los próximos sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos, constituye una de las numerosas controversias que existen actualmente sobre los TT PP. Esperamos que los próximos años nos aporten más conocimientos empíricos sobre este tipo de trastornos y que se incremente de forma notable la eficacia en el tratamiento de los mismos.

Cuadro 1.8. *Línea de emergencia psicológica para los distintos trastornos de la personalidad.*

Hola, bienvenidos a la línea de emergencia psicológica

- Si es usted obsesivo-compulsivo, pulse el 1 varias veces.
- Si es una persona dependiente, pida a alguien que pulse el 2 por usted.
- Si tiene personalidad múltiple, pulse, por favor, el 3, 4, 5 y 6.
- Si tiene personalidad evitativa, no marque ningún número hasta que esté seguro de que le caemos bien.
- Si es una persona histriónica pulse el 7 para conseguir toda nuestra atención.
- Si es antisocial, machaque el 8 hasta que no quede ni rastro de él.
- Si es límite marque el 9 y no le abandonaremos.
- Si es narcisista, pulse el número que quiera que sea el correcto.
- Si es pasivo-agresivo pulse un número diferente al que nosotros le indiquemos.
- Si es paranoide, cuelgue, sabemos donde encontrarlo.
- Si es esquizoide hable con el ordenador: será su mejor amigo.
- Si es sádico no se le ocurra destrozar el teléfono ni insultarnos.
- Si es autodestructivo no deje que le ayudemos, por favor.
- Si es esquizotípico, escuche cuidadosamente, una vocecita le dirá qué número tiene que pulsar.
- Si es depresivo, cuelgue, por favor, ya sabe que nada ni nadie podrá jamás ayudarle.

Apéndice

CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE PERSONALIDAD (CEPER)

(Caballo, 1997)

Responde, por favor; a las siguientes preguntas contestando con un aspa **(X)** en la **hoja de respuestas** que se adjunta, el grado en que cada uno de los siguientes comportamientos, pensamientos o sentimientos son característicos o propios de ti, de acuerdo con la puntuación que se Indica;

0 = *Nada* característico de mí
1 = *Muy poco* característico de mí
2 = Poco característico de mí
3 = *Moderadamente* característico de mí
4 = *Bastante* característico de mí
5 = *Muy* característico de mí
6 = *Totalmente* característico de mí

La información del cuestionario es absolutamente confidencial y sólo se utilizará con fines de investigación.

1. Suelo pensar con frecuencia que los demás se van a aprovechar de mí o me van a hacer daño.
2. Las relaciones interpersonales y familiares son una complicación y un estorbo para mí,
3. Me pongo nervioso/a cuando la gente cuchichea, porque es muy probable que estén hablando de mí.
4. Hago cualquier cosa para conseguir lo que quiero, aunque no cumpla la ley.
5. Me siento profundamente afectado cuando pienso que una persona cercana a mí pudiera abandonarme o rechazarme.
6. Cuando no soy el centro de la atención me siento bastante molesto/a.
7. Pienso que tengo más cualidades y capacidades que la mayoría de las personas.
8. Me asustan los trabajos que suponen una gran cantidad de contacto con la gente,
9. Me causa gran malestar tomar decisiones, por pequeñas que sean, sin antes haber consultado con otros.
10. Lo más importante para mí es seguir un procedimiento y un orden estricto a la hora de hacer las cosas.
11. Cuando otros me mandan o me piden alguna cosa, siempre acabo haciendo lo que yo quiero.
12. Al final siempre termino relacionándome con personas que me tratan mal,
13. Ninguna actividad me llena como para olvidar el desánimo y el abatimiento.
14. Si la gente me molesta la suelo criticar duramente.
15. Me es muy difícil confiar en la gente, Incluso en las personas más cercanas a mí.
16. Prefiero las actividades que puedo realizar yo solo/a.
17. Creo que tengo poderes especiales que los demás ni se imaginan,
18. Mentir y engañar está bien mientras no te pillen.
19. Cuando empiezo una relación, suelo entusiasmarme mucho al principio, pero me decepciono rápidamente.
20. Muy frecuentemente me comporto con los demás de forma seductora.
21. A menudo tengo fantasías en las que me veo como una persona de gran éxito o un individuo muy especial.
22. Me sería difícil mantener un trabajo que suponga estar en contacto con la gente casi todo el tiempo.

23. Ante decisiones importantes en mi vida, me siento más seguro/a si alguien decide por mí.
24. Pongo tanto interés en que las cosas salgan perfectas que en ocasiones no consigo terminarlas.
25. Pienso que si hago exactamente lo que me piden perderé mi libertad.
26. Suelo meterme en situaciones de las que salgo mal parado/a.
27. Pienso muy frecuentemente que no valgo para nada.
28. En las relaciones con mi familia o amigos/as suelo ser bastante violento/a.
29. Considero que siempre hay que tener mucho cuidado con lo que contamos a los otros porque muy probablemente lo usarán en contra nuestra.
30. No me interesan las relaciones sexuales.
31. Siento, veo u oigo cosas un poco extrañas que otros no sienten, ven u oyen.
32. Las promesas o los compromisos son para que los cumplan los demás, pero no yo,
33. En la relación con los demás, sé que al final, cuando conozcan cómo soy, me abandonarán.
34. Suelo manifestar cómo me siento muy rápidamente.
35. Siento que sólo las personas especiales pueden comprenderme o apreciar mejor mis cualidades.
36. No me relaciono con gente desconocida o poco conocida a menos que esté seguro/a de caerle bien.
37. Temo perder el apoyo de los demás si manifiesto que no estoy de acuerdo con ellos.
38. Es importante dedicar todo mi tiempo a mis obligaciones; las diversiones son secundarias.
39. Hay mucha gente que me saca de quicio.
40. Cuando logro algo por lo que he luchado, en lugar de sentirme satisfecho/a y aliviado/a, me siento culpable o deprimido/a.
41. Desde siempre he criticado mi forma de pensar y actuar
42. Suelo decir cosas crueles a los demás sólo para hacerles infelices.
43. Observo con mucha frecuencia que los demás suelen tener intenciones ocultas en todo lo que hacen.
44. Hay muy pocas actividades con las que disfruto realmente.
45. La gente me suele decir que me voy por las ramas cuando hablo.
46. Cuando deseo algo intento conseguirlo inmediatamente sin pensar en las consecuencias,
47. Tengo una gran confusión sobre quién soy y qué es lo que quiero en la vida.
48. Preferina algunos cambios en mi vida.
49. Creo que soy una persona digna de admiración y los demás deberían reconocerlo.
50. Me es difícil establecer nuevas relaciones.
51. Siento que no tengo capacidad para iniciar proyectos por mí mismo.
52. Considero que sólo hay una forma de hacer las cosas bien y no hacerlo así es un desastre.
53. Creo que los superiores se aprovechan siempre de la autoridad que les da su posición para manipular a su antojo a los demás.
54. No puedo evitar molestar a los demás, pero después, al ver su reacción, siempre me siento fatal.
55. Toda mi vida he estado preocupándome por cualquier cosa.
56. Cuando alguien está bajo mis órdenes y no las cumple, le castigo con gran dureza.
57. Tardo mucho en perdonar a las personas que me han insultado o herido.
58. No hago ningún intento por crear y/o mantener relaciones de amistad con la gente que me rodea.
59. Cuando la gente hace algo siempre lleva una segunda intención.
60. Me enfurezco muy frecuentemente, llegando a pelearme en numerosas ocasiones.
61. Cuando me siento mal suelo hacer cosas que no puedo controlar; de las que luego me arrepiento.
62. Paso rápidamente de una emoción a otra.
63. Cuando voy a pedir algo, espero un trato especial.
64. Incluso en una relación íntima, me guardo los pensamientos y sentimientos porque temo que él/ella se burle de mí.
65. Haría cualquier cosa por los demás, incluso cosas que no me gustan, para no perder su apoyo.
66. Soy incapaz de tirar nada, nunca se sabe si me podrá hacer falta.

67. Pienso que la gente no se merece la suerte que tiene.
68. No me lo suelo pasar bien en situaciones que se suponen divertidas.
69. Suelo criticar y llevar la contraria a los demás.
70. Disfruto cuando veo sufrir a los animales o a las personas.
71. Hay que estar siempre atento/a y preparado/a para defenderse de los ataques de los demás.
72. A veces tengo aspiraciones que son poco realistas.
73. Suelo expresar mis emociones en momentos poco adecuados.
74. Suelo hacer las cosas sin pensar en los riesgos para mí o para los demás.
75. Tengo o he tenido comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio o hacerme daño físico de algún modo).
76. Suelo utilizar mi aspecto físico para llamar la atención.
77. Gracias a mí, los demás han conseguido grandes cosas.
78. En las relaciones íntimas no me muestro tal y como soy.
79. Cuando estoy solo/a me siento desamparado/a.
80. Para que las cosas salgan bien siempre tengo que hacerlas yo, porque los demás no ponen el mismo interés.
81. Siento que en mi vida me rodea la mala suerte y no puedo hacer nada para evitarlo.
82. Me cuesta mejorar a nivel personal o profesional, aunque suelo ayudar a los demás a que consigan sus objetivos.
83. Generalmente tiendo a ver el lado negativo de las cosas.
84. No me importa mentir aunque les cause daño a otras personas.
85. Muy a menudo busco pruebas de que mi pareja o la persona con la que salgo me es infiel.
86. Me molesta cuando la gente habla mal de mí.
87. La forma como visto suele parecerle bastante extraña a los demás.
88. Siempre que puedo intento no pagar el dinero que me han prestado.
89. Ante determinadas situaciones siento emociones intensas y que cambian con facilidad (p. ej,, depresión, ira, ansiedad).
90. Cuando hablo intento que los demás se queden impresionados,
91. Tengo la capacidad de convencer a los demás y conseguir lo que me propongo.
92. Cuando estoy con gente, me preocupa mucho que me rechacen o me critiquen.
93. Si una relación importante se termina, necesito encontrar otra rápidamente.
94. Siempre trato de gastar el mínimo dinero por si alguna vez me hace falta.
95. Pienso que los demás no me comprenden e incluso me menosprecian.
96. La gente que me trata muy bien me resulta aburrida y poco interesante.
97. Todo me hace sentir culpable o con remordimientos.
98. Bastantes personas hacen lo que yo les digo porque me tienen miedo.
99. Nunca olvido los insultos ni el ridículo que alguien me haya hecho pasar.
100. Cuando alguien me alaba nunca le presto atención.
101. No tengo amigos/as en quien confiar, sólo dispongo de mi familia.
102. Si la gente no sabe cuidar de sí misma es su problema, a mí no me importa.
103. Habitualmente me siento vacío/a.
104. La vida es un teatro y yo soy el/la protagonista.
105. No necesito ponerme en el lugar de los demás para saber cómo se sienten.
106. Frecuentemente pienso que no voy a saber de qué hablar con alguien a quien acabo de conocer,
107. Algunas veces soy más sociable que otras.
108. Las normas son las que determinan el éxito de una empresa.
109. No se me da bien hacer las cosas cuando me obligan, de modo que las suelo retrasar hasta el último momento.
110. Suelo hacer favores o sacrificios por los demás, aunque ellos no me lo pidan.
111. Desde niño he tenido frecuentes pensamientos de tristeza.

112. Con frecuencia controlo a la fuerza gran parte del comportamiento de mi pareja y/o mis amigos/as,
113. Frecuentemente pienso que mis amigos/as o compañeros/as no son tan leales como me gustaría que fuesen.
114. No soy capaz de sentir emociones fuertes.
115. Suelo estar tenso/a y en guardia cuando estoy con gente, incluso aunque sea conocida.
116. Si saco provecho de mi comportamiento aunque moleste a los demás, no dejaré de hacerlo.
117. Frecuentemente me invaden Intensos sentimientos de rabia e ira que no puedo controlar
118. Frecuentemente tomo en cuenta lo que me dicen.
119. Es muy difícil que me afecten los sentimientos de los demás.
120. Pienso que no soy tan interesante o divertido/a como los demás.
121. Me obsesiona la ¡dea de que me abandonen y tenga que cuidar de mí mismo/a.
122. Soy Incapaz de cambiar mis planes.
123. Me molestan mucho las personas que piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
124. Suelo elegir amigos/as que terminan maltratándome.
125. Me gusta que las cosas me salgan bien.
126. Me gustan mucho las películas violentas, las armas y las artes marciales.
127. Tengo mucho cuidado'de no contar cosas mías porque otras personas se pueden aprovechar de mí.
128. Las situaciones que afectan a los demás, a mí me dejan indiferente,
129. Suelo tener pensamientos extraños de los que me gustaría librarme.
130. Realmente soy más inteligente que los demás.
131. En momentos muy tensos actúo como si no fuera yo, como si estuviera en un sueño, y luego no lo recuerdo bien.
132. Considero que tengo muchos/as amigos/as íntimos/as.
133. Tengo la sensación de que siempre que la gente me critica lo que sucede es que me envidian.
134. Creo que un/a desconocido/a atractivo/a nunca se fijará en mí.
135. Cuando estoy solo/a creo que no voy a saber cuidar de mí mismo/a.
136. Soy una persona muy organizada,
137. Si realmente no quiero hacer algo, por más que me lo pida el profesor o mis padres, no lo voy a hacer o lo voy a hacer mal a propósito.
138. Cuando alguien se preocupa realmente por mí, pierdo enseguida el interés por esa persona.
139. Desde hace mucho tiempo me encuentro triste y desanimado.
140. Con frecuencia suelo conseguir que la gente se enfade.
141. Cuando puedo elegir; prefiero hacer las cosas solo/a.
142. Mi satisfacción es lo primero.
143. En momentos de tensión he llegado a pensar que los demás hablaban o se reían de mí o querían hacerme daño.
144. Cuando una reunión se está poniendo aburrida me es fácil animarla.
145. A la gente hay que imponerle a la fuerza el respeto por uno.
146. Evito realizar actividades nuevas por temor a que no resulten bien.
147. Suelo estar dispuesto a ceder ante los demás, aunque no esté de acuerdo con ellos, porque temo que se enfaden o no me acepten.
148. Habltualmente me siento culpable.
149. Desde pequeño he estado, a menudo, metido en peleas.
150. No me gusta hacer cosas que no haya hecho nunca porque puedo quedar en ridículo.

N. B.: Algunas características psicométricas del CEPER se pueden encontrar en: Caballo, V. E. y Valenzuela, J. (2001), Evaluación de los trastornos de la personalidad por medio de un nuevo Instrumento de autoinforme: el CEPER, en *Psicología Conductual*, *9*, 551-564.

Código:----------Edad:----------Sexo: Masculino_____Femenino_____ Fecha: _____

HOJA DE RESPUESTAS

(Cuestionario exploratorio de la personalidad, CEPER; Caballo, 1997)

Responde señalando con un aspa (X) en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos, pensamientos o sentimientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de ti, siguiendo la siguiente puntuación:

0 = *Nada* característico de mí
1 = *Muy poco* característico de mí
2 = Poco característico de mí
3 = *Moderadamente* característico de mí
4 = *Bastante* característico de mí
5 = *Muy* característico de mí
6 = *Totalmente* característico de mí

Por favor cuando hayas terminado repasa esta hoja de modo que no dejes ningún ítem sin contestar

1	0	1	2	3	4	5	6
2	0	1	2	3	4	5	6
3	0	1	2	3	4	5	6
4	0	1	2	3	4	5	6
5	0	1	2	3	4	5	6
6	0	1	2	3	4	5	6
7	0	1	2	3	4	5	6
8	0	1	2	3	4	5	6
9	0	1	2	3	4	5	6
10	0	1	2	3	4	5	6
11	0	1	2	3	4	5	6
12	0	1	2	3	4	5	6
13	0	1	2	3	4	5	6
14	0	1	2	3	4	5	6
15	0	1	2	3	4	5	6
16	0	1	2	3	4	5	6
17	0	1	2	3	4	5	6
18	0	1	2	3	4	5	6
19	0	1	2	3	4	5	6
20	0	1	2	3	4	5	6
21	0	1	2	3	4	5	6
22	0	1	2	3	4	5	6

23	0	1	2	3	4	5	6
24	0	1	2	3	4	5	6
25	0	1	2	3	4	5	6
26	0	1	2	3	4	5	6
27	0	1	2	3	4	5	6
28	0	1	2	3	4	5	6
29	0	1	2	3	4	5	6
30	0	1	2	3	4	5	6
31	0	1	2	3	4	5	6
32	0	1	2	3	4	5	6
33	0	1	2	3	4	5	6
34	0	1	2	3	4	5	6
35	0	1	2	3	4	5	6
36	0	1	2	3	4	5	6
37	0	I	2	3	4	5	6
38	0	1	2	3	4	5	6
39	0	1	2	3	4	5	6
40	0	1	2	3	4	5	6
41	0	1	2	3	4	5	6
42	0	1	2	3	4	5	6
43	0	1	2	3	4	5	6
44	0	1	2	3	4	5	6

45	0	1	2	3	4	5	6
46	0	1	2	3	4	5	6
47	0	1	2	3	4	5	6
48	0	1	2	3	4	5	6
49	0	1	2	3	4	5	6
50	0	1	2	3	4	5	6
51	0	1	2	3	4	5	6
52	0	1	2	3	4	5	6
53	0	1	2	3	4	5	6
54	0	1	2	3	4	5	6
55	0	1	2	3	4	5	6
56	0	1	2	3	4	5	6
57	0	1	2	3	4	5	6
58	0	1	2	3	4	5	6
59	0	1	2	3	4	5	6
60	0	1	2	3	4	5	6
61	0	1	2	3	4	5	6
62	0	1	2	3	4	5	6
63	0	l	2	3	4	5	6
64	0	l	2	3	4	5	6
65	0	1	2	3	4	5	6
66	0	l	2	3	4	5	6
67	0	1	2	3	4	5	6
68	0	1	2	3	4	5	6
69	0	1	2	3	4	5	6
70	0	1	2	3	4	5	6
71	0	1	2	3	4	5	6
72	0	1	2	3	4	5	6
73	0	1	2	3	4	5	6
74	0	1	2	3	4	5	6
75	0	1	2	3	4	5	6
76	0	1	2	3	4	5	6
77	0	1	2	3	4	5	6

78	0	1	2	3	4	5	6
79	0	1	2	3	4	5	6
80	0	1	2	3	4	5	6
81	0	1	2	3	4	5	6
82	0	1	2	3	4	5	6
83	0	1	2	3	4	5	6
84	0	1	2	3	4	5	6
85	0	1	2	3	4	5	6
86	0	1	2	3	4	5	6
87	0	1	2	3	4	5	6
88	0	1	2	3	4	5	6
89	0	1	2	3	4	5	6
90	0	1	2	3	4	5	6
91	0	1	2	3	4	5	6
92	0	1	2	3	4	5	6
93	0	1	2	3	4	5	6
94	0	1	2	3	4	5	6
95	0	1	2	3	4	5	6
96	0	1	2	3	4	5	6
97	0	1	2	3	4	5	6
98	0	1	2	3	4	5	6
99	0	1	2	3	4	5	6
100	0	l	2	3	4	5	6
101	0	1	2	3	4	5	6
102	0	1	2	3	4	5	6
103	0	1	2	3	4	5	6
104	0	1	2	3	4	5	6
105	0	1	2	3	4	5	6
106	0	1	2	3	4	5	6
107	0	1	2	3	4	5	6
108	0	1	2	3	4	5	6
109	0	1	2	3	4	5	6
110	0	l	2	3	4	5	6

111	0	1	2	3	4	5	6
112	0	1	2	3	4	5	6
113	0	1	2	3	4	5	6
114	0	1	2	3	4	5	6
115	0	1	2	3	4	5	6
116	0	1	2	3	4	5	6
117	0	1	2	3	4	5	6
118	0	1	2	3	4	5	6
119	0	1	2	3	4	5	6
120	0	1	2	3	4	5	6
121	0	1	2	3	4	5	6
122	0	1	2	3	4	5	6
123	0	1	2	3	4	5	6
124	0	1	2	3	4	5	6
125	0	1	2	3	4	5	6
126	0	1	2	3	4	5	6
127	0	1	2	3	4	5	6
128	0	1	2	3	4	5	6
129	0	1	2	3	4	5	6
130	0	1	2	3	4	5	6

131	0	1	2	3	4	5	6
132	0	1	2	3	4	5	6
133	0	1	2	3	4	5	6
134	0	1	2	3	4	5	6
135	0	1	2	3	4	5	6
136	0	1	2	3	4	5	6
137	0	1	2	3	4	5	6
138	0	1	2	3	4	5	6
139	0	1	2	3	4	5	6
140	0	1	2	3	4	5	6
141	0	1	2	3	4	5	6
142	0	1	2	3	4	5	6
143	0	1	2	3	4	5	6
144	0	1	2	3	4	5	6
145	0	1	2	3	4	5	6
146	0	1	2	3	4	5	6
147	0	1	2	3	4	5	6
148	0	1	2	3	4	5	6
149	0	1	2	3	4	5	6
150	0	1	2	3	4	5	6

* Items correspondientes a cada uno de los estilos de personalidad del CEPER:

Paranoide: 1, 15, 29, 43, 57, 71, 85, 99, 113, 127
Esquizoide: 2, 16, 30, 44, 58, 86, 100, 114, 128, 141
Esquizotípico: 3, 17, 31, 45, 59, 73, 87, 101, 115, 129
Antisocial: 4, 18, 32, 46, 60, 74, 88, 102, 116, 130, 142, 149
Límite: 5, 19, 33,47, 61, 75, 89, 103, 117, 131, 143
Histriónico: 6, 20, 34, 62, 76, 90, 104, 118, 132, 144
Narcisista: 7, 21, 35, 49, 63, 77, 91, 105, 119, 133, 145
Por evitación: 8, 22, 36, 50, 64, 78, 92, 106, 120, 134, 146, 150
Por dependencia: 9, 23, 37, 51, 65, 79, 93, 121, 135, 147
Obsesivo-compulsivo: 10, 24, 38, 52, 66, 80, 94, 108, 122, 136
Pasivo-agresivo: 11, 25, 39, 53, 67, 81, 95, 109, 123, 137
Autodestructivo: 12, 26, 40, 54, 68, 82, 96, 110, 124, 138
Depresivo: 13, 27, 41, 55, 69, 83, 97, 111, 139, 148
Sádico: 14, 28,42, 56, 70, 84, 98, 112, 126, 140

PARTE I

Descripción de los trastornos de la personalidad

2

El trastorno paranoide de la personalidad

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

2.1. Introducción

Ser espiado, engañado, traicionado, excluido o abandonado, es algo presente a lo largo de toda la historia de la humanidad y, de alguna manera, propio del individuo. Es más, algunos tipos de grupos organizados (políticos, económicos, religiosos o mafiosos) se basan en esos comportamientos para prosperar y difundirse. Quien los padece sufre su impacto, que en muchas ocasiones puede ser extremadamente negativo. Esas conductas son indeseables para el que las recibe y pueden destruir relaciones de amistad, de pareja, paterno-filiales, de trabajo, institucionales, pueden hacer perder la confianza en el agente productor de la conducta y constituyen muchas veces uno de los puntos negros del ser humano y de sus organizaciones. Pero con frecuencia no es conveniente ni adaptativo que el individuo vea a todos sus congéneres como potenciales agentes del engaño y la mentira si quiere llevar una vida saludable y con unas relaciones sociales satisfactorias. Si bien es cierto que en determinados ambientes y organizaciones hay que conducirse con mucha prudencia, no debemos basar nuestras relaciones en la posibilidad de ser engañados por el otro. El individuo con un trastorno paranoide de la personalidad basa sus relaciones y su vida en las sospechas de que los demás le traicionarán, tramarán algo contra él o le defraudarán, incluso las personas más cercanas, como la pareja o los amigos, los familiares. Es posible que este tipo de conducta tuviera un cierto valor de supervivencia en otro tiempo o en determinados contextos, pero en las relaciones cotidianas de hoy día, especialmente en el entorno más cercano, suelen servir para deteriorar, complicar e incluso destruir las mismas. Los individuos con un estilo paranoide pueden darse cuenta de aspectos que pasan desapercibidos para los demás y ser más prudentes en negocios y asuntos arriesgados. No obstante, cuando hablamos ya de trastorno, su vida y la de los que les rodean pueden convertirse en un infierno por las constantes e infundadas sospechas sobre engaños, infidelidades, traiciones y la continua falta de confianza que expresan hacia los demás.

2.2. Revisión histórica

Los términos paranoia y paranoide tienen ricas y variadas historias desde los tiempos de la Grecia pre-hipocrática. El significado de paranoia era, según la traducción del griego, "pensar más allá de la razón" y este término era intercambiable por el de locura. Servía para describir síntomas que iban desde los efectos secundarios de la fiebre elevada hasta los síntomas del deterioro senil. El concepto reapareció en el libro de Kant *Clasificación de los trastornos mentales* (1964), en el que se conceptúan un grupo de síntomas como las ideas delirantes de grandeza o persecución. Aproximadamente en la misma época, Voguel utilizaba, de forma explícita, el término paranoia de un modo bastante similar a como se utiliza hoy día. Sin embargo, su uso continuó cambiando a lo largo de los años en función de las influencias religiosas y políticas (Thompson-Pope y Turkat, 1993). La paranoia se convirtió en un tema importante de debate a lo largo del siglo **XIX**, centrándose la discusión en si el término designaba una enfermedad crónica (que no cambiaba a lo largo de la vida de la persona), una característica secundaria de la demencia o una fase temprana de la misma. Parece que el término se consolidó en la obra de Kraepelin (1971), donde se describían las características básicas de la paranoia que incluían sentimientos de ser tratado de forma injusta, irritabilidad emocional y un estado de ánimo hostil y crítico. Kraepelin planteó también que se daba un continuo de deterioro de la personalidad de tipo paranoide hasta la psicosis paranoide. Bleuler puso en duda la clasificación de Kraepelin de las psicosis paranoides y planteó una única diferenciación entre esquizofrenia paranoide y no paranoide. Kretschmer (1925) y otros psiquiatras europeos se opusieron a la idea de que las psicosis paranoides fuesen realmente trastornos esquizofrénicos y describieron las personalidades paranoides como sujetos sensibles a la evaluación negativa y socialmente aislados, que podían deteriorarse hasta llegar a la psicosis paranoide cuando experimentaban un estrés elevado.

El debate sobre si la paranoia debería incluirse o no en el apartado de la esquizofrenia continua actualmente. Kendler (1980) resume los tres principales usos del término paranoia: 1) para indicar sospechas del tipo que aparecen a veces en los individuos normales, 2) para indicar un tipo específico de ideas delirantes como, por ejemplo, las de persecución y 3) para describir un síndrome psiquiátrico cuya característica principal es la presencia de ideas delirantes. Por su parte, Magaro (1981) señala que la esquizofrenia y la paranoia podrían considerarse como dos dimensiones de la personalidad que se cruzan. En el extremo inferior de la dimensión paranoide se encontraría el estilo de personalidad paranoide, que estaría dentro de los límites de la normalidad. Según Magaro, si esos individuos se exponen al estrés pueden moverse a lo largo del continuo y ser diagnosticados con un trastorno paranoide de la personalidad. Igualmente, si continúan con el estrés, podrían desarrollar un trastorno delirante al que seguiría un trastorno paranoide agudo si el estrés llega a ser extremo.

Aunque el concepto de paranoia existe desde hace cientos de años y se acepta como válido hoy día, el problema estriba en cómo clasificarlo, comprenderlo y tratarlo.

2.3. Estilo paranoide de personalidad: El tipo vigilante

Según Olham y Morris (1995), las personas con un estilo paranoide de personalidad poseen una sensibilidad excepcional para captar todos los detalles del ambiente en el que se desenvuelven. Tienen un sexto sentido para advertir mensajes ocultos e intenciones confusas de los demás que no serían apreciadas por cualquier otro observador. Según estos autores, los rasgos que en general caracterizan al estilo paranoide de personalidad son los siguientes:

- Evalúan a las personas antes de entablar una relación con ellas.
- No necesitan la aprobación ni el consejo de los demás para tomar sus decisiones.
- Son buenos receptores para captar sutilezas y múltiples niveles de comunicación.
- No tienen problemas para defenderse cuando se les ataca.
- No se intimidan por las críticas, las cuales toman en serio.
- Conceden un gran valor a la fidelidad y a la lealtad.
- Se preocupan por mantener su independencia en todos los aspectos de sus vidas.
- Son reservados y cautelosos en su relación con los demás sin llegar a ser antipáticos ni a evitar esas situaciones.
- No se entregan del todo en sus relaciones más íntimas.
- Son muy habilidosos a la hora de analizar a los demás.

Estas personas tienen la capacidad para advertir lo que los demás quieren de ellos. Siempre están atentos con la expectativa de descubrir un posible abuso de poder o falta de respeto en sus relaciones. Son muy hábiles a la hora de descifrar mensajes procedentes de la comunicación no verbal y el hecho de percatarse tan fácilmente de las intenciones de las personas les resulta muy útil a la hora de adoptar determinados comportamientos hacia ellos. Suelen estar implicados en la defensa de los derechos civiles, de los más débiles y luchan por la libertad, por lo que normalmente se convierten en líderes carismáticos que si son atacados aumentan en fortaleza. Son idealistas, por lo que les afecta el hecho de estar siempre encontrando errores en los demás. Con la gente que quieren son muy leales y, en muchos casos, excesivamente protectores, inculcando la desconfianza en ellos con respecto a otras personas. Aunque sus muestras de afecto son bastante escasas, son responsables y se vuelcan en el cuidado de su familia para protegerla de cualquier peligro que pueda amenazarla. Necesitan sentir que continuamente lo controlan todo y para ello emplean mucho tiempo en consolidar sus relaciones con otras personas. El desengaño es lo que más les hiere, y viven la pérdida como una traición personal, tanto en el terreno laboral como en el sentimental. Sin embargo, la autonomía que les caracteriza hace que se recuperen rápidamente, aunque no intenten volver a establecer una nueva relación hasta pasado un tiempo. A pesar de que odian que les recuerden sus defectos, no tienen ningún problema en atacar a los demás, recordándoles lo que hacen mal. Son sujetos a los que es difícil engañar, diplomáticos y buenos observadores, características muy valoradas en el ámbito laboral, en el tienen mucho éxito así como una gran ambición. Son muy hábiles también para captar la estructura de poder en su trabajo, lo que les hace mantener buenas relaciones en este contexto. Sin embargo, no soportan la de-

pendencia o la subordinación, por lo que el buen ambiente con las personas vigilantes dependerá de cuál sea el puesto de trabajo que desempeñen. Poseen una visión precisa de sí mismos y creen que son los únicos cuerdos en una sociedad enajenada. Son posesivos y muy celosos, aunque eviten demostrarlo y utilicen como descarga el humor irónico que les caracteriza por su sutileza a la hora de captar la ambigüedad y el doble sentido.

La pareja ideal para un vigilante es aquella a la que no le suponga ningún tipo de amenaza, fiel y conciliadora, como es el caso de las personas con estilos dependiente, autodestructivo y evitativo. Una relación con un estilo narcisista, con un antisocial o con un sádico puede llegar a ser tormentosa debido a que ambos quieren dominar, competir y estar siempre en primer lugar. Los estilos obsesivo-compulsivos son bastante parecidos a los paranoides y si no hay luchas de poder pueden complementarse bien, valorando mutuamente sus aptitudes intelectuales y contando con la confianza del otro. Con los estilos histriónicos no sería posible una buena relación al ser éstos muy inestables emocionalmente, lo que provocaría los celos del paranoide. Dos personas de tipo paranoide en este caso forman la pareja ideal: son dos contra el resto del mundo.

• Cómo relacionarse con un tipo paranoide

A pesar de su aparente independencia, las personas con un estilo paranoide (vigilantes) necesitan continuas muestras de respeto y lealtad por parte de los demás (Oldham y Morris, 1995). Es mejor no obligarles a expresar sus sentimientos y entender que no lo harán a menudo. En el plano sentimental prefieren las relaciones sólidas, por lo que su pareja deberá estar tranquila de su fidelidad y lealtad. Estas personas comenzarán a distanciarse si advierten luchas de poder con otra persona, por lo que hay que procurar que sientan que tienen el control de la situación. Al intentar una relación con un sujeto de tipo vigilante es importante ir detrás de él, ya que es la única forma eficaz de que nos corresponda. A la hora de hacerles una crítica hay que ser muy diplomáticos y demostrarles que la intención no es reprocharles nada, ya que estos individuos responden a los ataques con otro ataque. Los vigilantes valoran que sus compañeros organicen sus vidas sociales y tomen la iniciativa en este terreno. A pesar de que tienen un gran sentido del humor, no soportan las bromas que tengan que ver con ellos. No perdonan ni olvidan los gestos de desprecio, que consideran una traición, y es importante no subestimar la importancia que le dan al hecho de estar celosos o preocupados por la fidelidad de su compañero, ya que es un tema de vital importancia para ellos.

2.4. El trastorno paranoide de la personalidad: diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno paranoide de la personalidad (TPP) lo definen como un síndrome caracterizado por síntomas tales como la sospecha y la desconfianza profundas e infundadas hacia los demás. En el cuadro 2.1 se muestran los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 para el TPP.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y los del DSM-IV-TR para el TPP son relativamente diferentes, exceptuando los que se refieren a las sospechas hacia los demás, los celos, la incapacidad para perdonar y la extracción de significados ocultos en situaciones neutrales, aunque en líneas generales definen el mismo trastorno.

Cuadro 2.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno paranoide de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10
A) Sospechas y desconfianza profundas e infundadas hacia los demás, tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de la personalidad. *B)* Deben estar presentes al menos tres de los siguientes síntomas:
1. Sospechas de que los demás les están explotando, haciéndoles daño o engañándoles.	1. Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento en los acontecimientos del entorno inmediato o en el mundo en general.
2. Extraen significados ocultos de menosprecio o amenaza en comentarios o acontecimientos inocuos.	2. Suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
3. Guardan rencor durante mucho tiempo, es decir, no perdonan los insultos o los desprecios.	3. Incapacidad para perdonar agravios, perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
4. Sospechas infundadas y recurrentes sobre la fidelidad de su pareja.	4. Predisposición a los celos patológicos.
5. Están preocupados con dudas sobre la lealtad u honradez de sus amigos o asociados.	5. Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
6. Son reacios a confiar en los demás por el temor de que la información la utilicen contra ellos.	6. Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
7. Perciben ataques a su persona o a su reputación y reaccionan fácilmente con ira o contraatacan.	7. Predisposición a sentirse excesivamente importante puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
8) Estos síntomas no aparecen únicamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicòtico, y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad.	Incluye: *Personalidad expansiva* *Personalidad paranoide* *Personalidad sensible paranoide* *Personalidad querulante* *Trastorno expansivo de la personalidad* *Trastorno sensible paranoide de la personalidad* *Trastorno querulante de la personalidad*
Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".	Excluye: *Esquizofrenia* *Trastorno de ideas delirantes*

2.5. Características clínicas

Este trastorno se caracteriza por sospechas y desconfianza profundas e infundadas hacia los demás. Las personas con un TPP se suelen dar cuenta de todo lo que sucede a su alrededor, vigilando constantemente las situaciones y personas de su entorno y prestando especial atención a los mensajes con doble sentido, a las motivaciones ocultas, etc. Se encuentran alerta ante las amenazas y esta hipervigilancia conduce a una interpretación errónea de acontecimientos que, de otra manera, pasarían desapercibidos. Aparentemente, esas características de sospecha y desconfianza son aprendidas por el sujeto, lo que conduce a un alejamiento de la gente y a restricciones emocionales, poniendo frecuentemente a prueba a los demás y manteniendo sospechas constantes (Andreasen y Black, 1995; Bernstein, 1996). En los pacientes paranoides se suele dar un círculo vicioso en el que las expectativas de traición y hostilidad a menudo tienen el efecto de provocar esas mismas reacciones en los demás, confirmando y justificando, de esta manera, las sospechas y la hostilidad iniciales del paciente.

Los pacientes con un TPP ven referencias hacia ellos en todo lo que sucede a su alrededor. Así, si la gente habla, el paranoide sabe que están hablando de él. Si alguien obtiene un ascenso en el trabajo lo ve como un intento deliberado de humillarle y rebajar sus logros. Incluso los ofrecimientos de ayuda y cuidado se ven como críticas implícitas de debilidad o intentos de explotación. Las acusaciones y sospechas constantes tensan de tal manera las relaciones interpersonales que estos sujetos tienen conflictos constantes con la esposa, los amigos y la autoridades (Fenigstein, 1996).

Los cuadros 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5 muestran algunas de las características conductuales, cognitivas, emocionales más relevantes del TPP, así como algunos posibles aspectos fisiológicos/médicos del mismo.

Los individuos con un TPP adoptan, por lo general, posturas en guardia que les permiten estar alerta de aquello cuanto acontece a su alrededor y de las personas con las que interaccionan; estos intentos por mantener la situación bajo control les otorga una apariencia de frialdad de cara a los demás. Por lo general, se cuidan mucho de mostrar a los otros todos los recelos y desconfianzas que sienten hacia ellos, de modo que no es fácil que las personas que tienen poca confianza en estos individuos se den cuenta de que es-

Cuadro 2.2. *Aspectos conductuales característicos del TPP.* [*]

- Son hipervigilantes, centran la mirada en aquello de su alrededor que les llama la atención.
- Realizan movimientos rápidos ante cualquier señal de inseguridad en su entorno.
- Son provocadores y corrosivos con los demás.
- Suelen interrogar a los otros.
- Habla coherente, aunque a menudo basada en falsas premisas.
- A la defensiva, cuidan mucho cómo se muestran ante los demás.
- Reaccionan fácilmente con enfado.
- Son vengativos con los que consideran sus enemigos.
- Apariencia fría y controladora.
- Están aislados, distantes.
- Comprobación continua de la lealtad y fidelidad de los suyos.

Cuadro 2.3. *Aspectos cognitivos característicos del TPP.*

- Son reacios a hacer confidencias y a depender de los demás.
- Tienen ideas persistentes de autorreferencia.
- Se sienten perseguidos.
- Están en continua alerta de lo que ocurre a su alrededor.
- Son escépticos, suspicaces, cínicos y desconfiados con los demás.
- Sienten preocupación por las intenciones de los demás y por los peligros del entorno.
- Interpretan erróneamente con frecuencia las intenciones y los motivos de los demás.
- Perciben el mundo como hostil y amenazante.
- Temen ser utilizados, humillados o dominados por los demás.
- Son incapaces de compartir sus perspectivas y actitudes.
- Son incapaces de aceptar sus propios errores y debilidades.
- Son muy sensibles a las críticas, se sienten fácilmente ofendidos y humillados.
- Se resienten fácilmente ante la autoridad.
- Evitan sentirse culpables o responsables.
- Están preocupados por el poder y el liderazgo.
- Se sienten muy importantes y orgullosos de su independencia.

tán siendo sometidos a un análisis continuo. La hipervigilancia y el interrogatorio hacia quienes le rodean tienen como objetivo confirmar las dudas y sospechas que tienen formadas sobre las demás personas, lo que provoca muchas veces la ira de éstas, sobre todo cuando el paranoide resulta demasiado corrosivo o se excede en sus exploraciones para comprobar la fidelidad y lealtad de aquellos a los que tiene más cerca. Aunque no tienen reparos en expresar y reprochar los fallos y defectos de los demás, reaccionan fácilmente con enfado si se les critica, lo que evidencia que, además, están faltos de un sentido del humor distinto al que suelen presentar cuando hacen chistes sobre los demás.

Estos individuos se caracterizan también por una preocupación excesiva por las intenciones ocultas que tienen los demás hacia ellos, considerando incluso acontecimientos neutros como pruebas de conspiración. Es por esto que están en continua alerta, y no confían ni dependen de los demás (ni siquiera de sus más allegados), no sólo porque valoren la independencia sino porque consideran que nadie es de fiar. Creen que son muy importantes y que siempre tienen la razón, por lo que ni reconocen ni aceptan sus errores, mostrándose escépticos e incluso cínicos ante los demás y sus argumentos. La idea de que todo el mundo quiere aprovecharse de ellos y engañarlos hace que sean incapaces de compartir con otras personas sus ideas, perspectivas y actitudes y que incluso puedan llegar, en algunos casos, a aislarse de los demás al intentar mantener esa independencia extrema. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 2.4.

El cuadro 2.5 refleja algunos aspectos emocionales característicos del TPP. A pesar de que no parecen mostrarse muy sensibles a aquello que padecen los demás, es fácil herirlos, ya que se sienten frecuentemente ofendidos y humillados al interpretar en los demás señales de menosprecio hacia ellos. Sus ansias por controlar cada situación y la sospecha continua de que los demás quieren aprovecharse de ellos hacen que vivan en constante tensión.

Cuadro 2.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del trastorno paranoide de la personalidad.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"No debo confiar en nadie"	Generalización excesiva	Desconfianza esencial
"La gente actúa por motivos ocultos."	Inferencia arbitraria	Desconfianza esencial
"Si no me mantengo alerta, tratarán de utilizarme o manipularme."	Generalización excesiva	Vulnerabilidad a las intenciones ocultas de los demás
"Tengo que estar constantemente en guardia."	Pensamiento dicotòmico	Desconfianza esencial
"No es seguro confiar en otras personas."	Inferencia arbitraria	Desconfianza esencial
"Si las personas actúan amistosamente tratarán de utilizarme o explotarme."	Inferencia arbitraria	Vulnerabilidad a las intenciones ocultas de los demás
"La gente se aprovechará de mí si le doy la oportunidad."	Generalización excesiva	Vulnerabilidad a las intenciones ocultas de los demás
"La mayoría de las personas son hostiles."	Pensamiento dicotòmico	Hostilidad del entorno
"Tratarán deliberadamente de rebajarme."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad a las intenciones ocultas de los demás
"A menudo tratan delibera-damente de molestarme."	Inferencia arbitraria	Hostilidad del entorno
"Si descubren cosas sobre mí las utilizarán en mi contra."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad a las intenciones ocultas de los demás
"A menudo la gente dice una cosa y quiere decir otra."	Abstracción selectiva	Desconfianza esencial

Con respecto a los aspectos fisiológicos y los problemas médicos derivados del TPP hay que señalar que estos sujetos podrían desarrollar trastornos del aparato digestivo y neuromusculares debido a la gran cantidad de tensión que van acumulando diariamente. Además, es probable que se vean envueltos en situaciones que impliquen riesgo para su vida o para la de los demás (por ejemplo, pueden ser capaces de cometer homicidios) cuando intentan comprobar las sospechas que creen reales derivadas de la infidelidad de sus parejas o de la creencia de que son perseguidos por otras personas.

Cuadro 2.5. *Aspectos emocionales característicos del TPP.*

- Experimentan gran ansiedad si sienten que pierden el control.
- Tensos de forma continua.
- Fríos, poco emotivos e insensibles al sufrimiento ajeno.
- Las emociones que más manifiestan son la ira y los celos.
- Sensibilidad emocional excesiva.
- Fácilmente irritables.
- Sin sentido del humor.

Cuadro 2.6. *Posibles aspectos fisiológicos y médicos del TPP.*

- Problemas neuromusculares.
- Problemas del aparato digestivo.
- Otras complicaciones debidas a posibles accidentes.

Cuadro 2.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Problemas laborales.
- Problemas con las relaciones íntimas: amigos, familiares, pareja.
- Pocos amigos y personas de confianza.

En el cuadro 2.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad paranoide puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto en el más cercano (familia, amigos, pareja, trabajo) como en otros lugares en los que se encuentra implicado el individuo con menos frecuencia.

El cuadro 2.8 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TPP.

Cuadro 2.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TPP.*

Visión de uno mismo

- Diferente, justo, ¡nocente, noble, vulnerable, superior.

Visión de los demás

- Injustos, maliciosos, discriminatorios, amenazantes.
- Interfirientes, impredecibles, exigentes, abusadores.

Estrategia principal

- Precavido, busca motivos ocultos, se protege.
- No confía en nadie, acusa, contraataca, se venga.

2.6. Epidemiología y curso

Se ha señalado que la prevalencia del TPP es 0,5 al 2,5% en la población general, del 10 al 30% en pacientes psiquiátricos internos y del 2 al 10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios (APA, 2000). Leighton (1959) fue el primero que investigó la prevalencia del TPP en el *Stirling Country Study*. Langner y Michael (1963) en el *Midtown Manhattan Study* informaron de importantes diferencias en sus tasas de prevalencia que iban desde el 0,03% al 28,4%. Reich *et al.* (1989b) y Zimmerman y Coryell (1990) encontraron tasas bajas (0,4-0,8%) mientras que Maier *et al.* (1992) informaron de una prevalencia ligeramente superior (1,8%). Por otra parte, Baron *et al.* (1985) encontraron una mayor prevalencia del TPP entre familiares de sujetos con esquizofrenia crónica (7,3%) que entre familiares de sujetos control (2,7%). Finalmente, este trastorno parece ser más frecuente en grupos de bajo nivel socioeconómico (Girolamo y Reich, 1993) así como entre prisioneros, ancianos, gente con problemas de oído, refugiados e inmigrantes (Bernstein, Useda y Siever, 1995).

Hay que tener en cuenta que en función de la cultura o por determinadas circunstancias de la vida, algunos comportamientos pueden ser juzgados de forma equivocada como paranoides. Algunos grupos étnicos presentan comportamientos propios de su cultura que pueden calificarse de paranoides en otra. Incluso personas pertenecientes a grupos minoritarios, inmigrantes o refugiados políticos, pueden adoptar, en determinados momentos, actitudes recelosas con respecto a los demás por su situación de desconocimiento (de la cultura donde están, por ejemplo) o por el rechazo que perciben por parte de los demás. En estos casos, tampoco se debería diagnosticar un trastorno paranoide de la personalidad (APA, 2000).

El TPP parece diagnosticarse más frecuentemente en los hombres que en las mujeres en los hospitales (Reich, 1987). Sin embargo, existen pocos datos epidemiológicos relativos a la distribución por sexos para este trastorno en la población general (Weissman, 1993).

El TPP puede aparecer por primera vez en la infancia o la adolescencia, se manifiesta con actitudes y comportamientos de aislamiento, escasas relaciones con los compañeros, bajo rendimiento escolar, ansiedad social, hipersensibilidad e incluso comportamientos raros que atraen la atención de los demás (APA, 2000). Sin embargo, debería tenerse precaución al diagnosticar este trastorno antes de la edad adulta debido a la frecuente inestabilidad del diagnóstico psiquiátrico en la adolescencia. Pruebas recientes sugieren que, en muchos casos, el TPP en la adolescencia es más un reflejo de la confusión adolescente normal que de una incipiente patología de la personalidad (Bernstein *et al.,* 1993). Por lo tanto, el diagnóstico del TPP en la adolescencia debería incluir la observación de la persistencia de los síntomas a lo largo del tiempo.

2.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Sobre el parecido de los síntomas del TPP con otros trastornos del eje I, hay que diferenciarlo del trastorno delirante de tipo persecutorio, de la esquizofrenia de tipo paranoide y del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ya que aunque pueden resultar si-

milares, todos estos últimos trastornos se caracterizan por presentar un período de síntomas psicóticos persistentes, como alucinaciones y delirios.

En cuanto al diagnóstico diferencial del TPP con respecto a otros trastornos de la personalidad, aunque comparte síntomas similares con el esquizotípico en cuanto a la suspicacia, el distanciamiento interpersonal o la ideación paranoide, este último incluye además pensamiento mágico, rarezas en el lenguaje y experiencias perceptivas poco habituales que lo distinguen del TPP. A pesar de que el TPP comparte con los trastornos límite e histriónico la tendencia a reaccionar con ira ante pequeños estímulos, la diferencia es que estos últimos trastornos no presentan la suspicacia generalizada propia del paranoide. Con respecto al evitativo, la diferencia estriba en que estos sujetos pueden llegar a estar aislados socialmente pero por miedo a la evaluación negativa por parte de los demás o por no saber cómo reaccionar delante de la gente, y no por temor a las malas intenciones ajenas. Algunos comportamientos antisociales que se pueden observar en sujetos con TPP están más enfocadas a motivos de venganza que a deseos de explotación y provecho personal, como ocurre en el trastorno antisocial. A pesar de que los individuos narcisistas pueden llegar a aislarse socialmente, la diferencia con los paranoides estriba en que lo hacen por temor a que descubran sus imperfecciones y defectos (APA, 2000).

El TPP puede haber aparecido como antecedente premórbido de otros trastornos del Eje I como la esquizofrenia o el trastorno delirante. Parecen darse conjuntamente, con frecuencia, otras patologías como el trastorno depresivo mayor, la distimia, la fobia social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo e incluso trastornos por dependencia del alcohol y otras sustancias. Con "respecto a la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, se ha comprobado que los más probables son el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el límite y el de evitación (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

2.8. Etiología

No se sabe apenas nada de la etiología de este trastorno. Los estudios de tipo genético han encontrado que el TPP puede tener una cierta relación con el trastorno delirante del Eje I, relación que es claramente más fuerte que la que pueda tener con la esquizofrenia. Kendler, Masterson y Davis (1985) señalaron que el riesgo de un TPP era significativamente mayor en los familiares de primer grado de individuos con un trastorno delirante (4,8%) que en los familiares de sujetos con esquizofrenia (0,8%) o en los individuos control (0%). Además, parece que la esquizofrenia y el trastorno delirante no comparten una base genética similar.

Turkat (1985a) propone una teoría con cinco etapas a la hora de explicar el desarrollo del trastorno paranoide de la personalidad. Son las siguientes:

a) La atención de los padres se centra en enseñar al niño que no se deben cometer errores, así como en la importancia de ser diferente de los demás. Estos mensajes enseñan al niño a verse como un ser especial y a estar a la defensiva ante las evaluaciones de los otros. Los padres infunden al niño la expectativa de que los de-

más tendrán envidia de sus capacidades especiales, centrándose en ensalzar la necesidad de mantener la unión y la privacidad familiar.

b) Esa educación parental temprana da lugar a un niño ansioso, a la defensiva, que se siente diferente a los demás y que puede llegar a actuar de distinto modo a sus iguales, por lo que puede ser rechazado y molestado. Esto refuerza las expectativas de los padres y disminuye la probabilidad de que el niño desarrolle habilidades sociales adecuadas, por lo que terminará por aislarse.

c) Una vez que se produce el aislamiento y el ostracismo, se confirman las sospechas y temores que se refieren a que el individuo está solo. Los elevados niveles de ansiedad evitan la socialización normal en la adolescencia y aumentan las ideas obsesivas sobre ese aislamiento.

d) Se buscan explicaciones racionales para disminuir la ansiedad. Teniendo en cuenta que estos individuos han aprendido a ser diferentes a los demás, tienen una forma singular de evaluar su entorno, lo que les hace llegar a explicaciones tales como: "Los demás están en contra de mí porque están celosos de mis capacidades especiales". Por ello, la personalidad paranoide interpreta como señal de amenaza cualquier evaluación que sobre ella se haga.

e) Finalmente, el ciclo se perpetúa porque probablemente las sospechas y la conducta hipersensible repelan a los demás y así aumenten el aislamiento social del sujeto. Es probable que el individuo preste atención de forma selectiva a estímulos sociales específicos, que malinterprete las intenciones de los demás y que responda de forma poco adecuada.

Turkat además descubrió, en estudios de caso único, que en todos esos casos al menos uno de los progenitores era un perfeccionista que exigía una forma de vida sin errores.

Para entender la conducta social del trastorno paranoide de la personalidad podría ser útil el modelo de Adams sobre habilidades sociales (Turkat, 1985a). Este modelo consta de cuatro categorías: *atención, procesamiento de la información, emisión de la respuesta y retroalimentación.* En términos de atención, la personalidad paranoide a menudo no se da cuenta de los estímulos sociales apropiados y/o atiende selectivamente a los inapropiados. Además, frecuentemente procesa la información de forma idiosincrásica. El tipo de respuestas que a menudo emiten estos individuos provocan la inhibición de los demás. Finalmente, estos individuos no parecen sacar provecho de la retroalimentación, ya que interpretan las críticas como ataques. Estas conductas sólo sirven para perpetuar el círculo vicioso que da lugar al aislamiento social.

2.9. Evaluación

A falta de poder llevar a cabo una observación en la vida real, en diferentes situaciones y a lo largo del tiempo, quizá la mejor forma de evaluar a los sujetos con un trastorno de la personalidad sea por medio de la entrevista (aun con todos los problemas que también tiene este formato de evaluación para estos sujetos). En general, los individuos del Grupo A

de los trastornos de personalidad se mostrarán emocionalmente fríos, sin espontaneidad y a veces sarcásticos, por lo que será muy difícil contactar terapéuticamente con ellos (Othmer y Othmer, 1996). El paciente con un TPP no se quejará por el hecho de ser paranoide ni por estar dándose cuenta de aspectos "ocultos" para otras personas. Es probable que los problemas iniciales que presente se centren en las relaciones hostiles de los demás. La primera tarea del terapeuta al abordar este trastorno es establecer una relación de colaboración con el paciente. Sin embargo, ésta es una tarea delicada y hay que llevarla a cabo con precaución para no desencadenar la suspicacia del paciente; aun así, intentarán averiguar las intenciones supuestamente ocultas del entrevistador, de forma que desmenuzarán una por una las preguntas que éste les formule. Es probable que los intentos directos para convencer al paciente de que confíe en el terapeuta sean percibidos como engañosos y, por tanto, aumenten sus sospechas. Un posible enfoque sería aceptar abiertamente la desconfianza del paciente y, una vez que ésta aparece, ganar gradualmente su confianza por medio de actos, en vez de presionar al paciente para que confíe en el terapeuta de forma inmediata. Es muy frecuente que se resistan a ser interrogados y, en el caso de que decidan cooperar, es normal que en cualquier momento y sin motivo aparente se sientan traicionados, y emprendan un ataque contra el terapeuta e incluso, en ocasiones, lleguen a abandonar la terapia (Beck y Freeman, 1990; Othmer y Othmer, 1996).

Turkat (1990) propone una serie de preguntas que se podrían formular al sujeto con un TPP:

- ¿Te has dado cuenta de si alguien ha intentado fastidiarte a propósito?
- A veces nos relacionamos con personas que parecen tener envidia de nosotros, ¿te ha sucedido alguna vez?
- ¿De qué cosas te parece que podrían tener envidia esas personas?
- A veces tenemos algunas habilidades que las personas con las que nos relacionamos no tienen ¿te pasa lo mismo?
- Sé que suena extraño, pero ¿has sentido alguna vez que tenías poderes especiales?

Para llegar a un diagnóstico por medio de la entrevista tendremos que intentar excluir las ideas delirantes de persecución y cualquier tipo de alucinaciones, lo cual elimina la esquizofrenia de tipo paranoide y el trastorno psicòtico breve.

En cuanto a los instrumentos estandarizados de autoinforme para la evaluación del TPP, se pueden utilizar algunos generales como el MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1994). La Escala de Paranoia (Pa) del MMPI puede ser útil en la evaluación de este trastorno. Fenigstein y Vanable (1992) han desarrollado también una Escala de Paranoia *(Paranoia Scale)* que consta de 20 ítems y mide el pensamiento paranoide.

2.10. Tratamiento

El trastorno paranoide de la personalidad rara vez se observa en la clínica. El deterioro se suele manifestar principalmente en las relaciones con los demás, por lo que suele constituir un problema más para su entorno que para el propio sujeto. Además, en el caso

de que acuda a tratamiento, es difícil que exprese sus problemas emocionales o interpersonales, debido a su desconfianza y precaución ante la gente, y raramente permitirá que le investiguen o le estudien. Es casi imposible para el terapeuta penetrar la barrera de sus sospechas.

La desconfianza funciona destruyendo la relación terapéutica. Cualquier expresión de simpatía o interés por parte del terapeuta es probable que levante sospechas o se considere como la confirmación de que los demás le están tratando de humillar. Las preguntas o sugerencias se ven como críticas o ataques. Incluso si la terapia mejora otros aspectos del funcionamiento de un sujeto con un TPP, su sistema delirante se encuentra tan protegido y se confirma tan fácilmente por medio de supuestas "señales" percibidas en la situación terapéutica, que a menudo permanece intacto, lo que arroja un pronóstico muy poco favorable para una recuperación completa (Fenigstein, 1996).

El sujeto con un TPP que acude a tratamiento lo hará generalmente por problemas en las relaciones con los demás. Así, es posible que desee tener más habilidades sociales para que los demás no se aprovechen de él, para conseguir ascender más rápidamente que sus compañeros en el trabajo, para afrontar las críticas, etc. No obstante, es habitual que no adquiera ninguna responsabilidad sobre su tratamiento, ya que los únicos problemas que ve son los creados por la intención de la gente de hacerle daño.

La fase inicial de la terapia puede ser especialmente estresante para el sujeto con un TPP, por lo que la utilización de estrategias conductuales que se centren en objetivos poco amenazantes para el paciente puede ser realmente importante en esta etapa inicial. La consecución de una progresiva sensación de *autoeficacia* sería una de las principales metas de la terapia cognitivo-conductual, junto con el aprendizaje de formas de *controlar la ansiedad* y de *habilidades interpersonales* más adecuadas. La reestructuración cognitiva y la modificación de los esquemas básicos del TPP constituirían intervenciones cognitivas que seguirían a los procedimientos más conductuales que se acaban de señalar, y que intentarían cambiar los patrones cognitivos, conductuales y afectivos del paciente. Sin embargo, una cuestión básica con este tipo de individuos es establecer una buena colaboración terapéutica con ellos, reconociendo cualquier atisbo de verdad que haya en su sistema paranoide y entendiendo las ideas delirantes como poderosas, convincentes y comprensibles. El terapeuta puede identificar de que manera estas ideas interfieren con los objetivos del paciente o crean frustración en los demás o en él mismo (Fenigstein, 1996). Una de las tareas consistiría en ayudarle a discriminar las amenazas reales de las percibidas, por medio de la reestructuración cognitiva, y hacer que desarrolle respuestas más adaptativas a las amenazas reales y a las ambiguas.

Con respecto a los procedimientos conductuales que señalamos anteriormente, Turkat (1990) propone intervenir en sujetos con un TPP con dos enfoques básicos:

1. *Reducción de la sensibilidad del paciente ante las críticas* provenientes de los demás. Entre los procedimientos que se utilizan para alcanzar este objetivo se encuentran la relajación muscular o alguna estrategia de reestructuración cognitiva, con el fin de enseñar algún tipo de respuesta contra la ansiedad. Ade-

más, se desarrolla conjuntamente entre terapeuta y paciente una jerarquía de críticas provocadoras de ansiedad, a las que éste se irá desensibilizando (en la clínica y, posteriormente, en la vida real) a través de los procedimientos para combatir la ansiedad que se han enseñado previamente.

2. *Entrenamiento en habilidades sociales.* Aquí se plantean cuatro áreas que el paciente debería mejorar: *a) Atención social,* con el fin de prestar atención a los estímulos pertinentes de las situaciones sociales. La observación y el análisis de interacciones interpersonales grabadas en vídeo pueden ser una útil herramienta para este fin; *b) Procesamiento de la información,* centrándose en enseñar al paciente a interpretar correctamente los estímulos sociales; *c) Emisión de la respuesta,* atendiendo principalmente a la adecuación de los comportamientos paralingüísticos y no verbales, incluyendo la apariencia física; y *d) Retroalimentación,* con el fin de utilizar las consecuencias de su conducta de forma apropiada, aprendiendo a utilizar la retroalimentación negativa (a pesar de su sensibilidad a las críticas) de forma constructiva y prestando atención al aumento de la retroalimentación positiva.

Actualmente existen pocos datos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TPP. Algunas de estas estrategias pueden verse en el cuadro 2.9.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico no parece ser de mucha ayuda en estos casos (Meissner, 1995; Reid, 1989). El TPP es un trastorno difícil de tratar y, debido a los síntomas característicos del mismo, el pronóstico no es muy favorable. En la práctica clínica se utilizan antipsicóticos (AP), siendo preferible emplear dosis bajas de AP atípicos. En el cuadro 2.10 se pueden ver algunos de los síntomas de este TP que a veces son tratados con fármacos (Navarro y Cavas, 2001).

Cuadro 2.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TPP (Caballo, 2001c).*

- Establecer una relación de confianza mutua y de colaboración con el paciente.
- Aumento de la autoeficacia, control de la ansiedad.
  - Reducción de la sensibilidad ante las críticas
- Entrenamiento en habilidades sociales.
  - Atención social
  - Procesamiento de la información
  - Emisión de la respuesta
  - Retroalimentación
- Relajación muscular.
- Reestructuración cognitiva y modificación de esquemas básicos.

Cuadro 2.10. *Algunos fármacos que pueden ser de utilidad para los síntomas característicos del TPP.*

Síntomas	*Estrategias farmacológicas*
Paranoia	Dosis bajas de antipsicóticos, preferentemente olanzapina o risperidona
Rasgos obsesivos, disforia, ansiedad social, irritabilidad	Antidepresivos, especialmente serotoninérgicos o clomipramina

2.11. Conclusiones y tendencias futuras

El TPP es un trastorno desconocido y sobre el que existe muy poca investigación empírica. A esto contribuye la propia idiosincrasia de esta patología, que hace que los sujetos que la padecen no acudan a tratamiento e incluso que aquellos individuos con un TPP que busquen ayuda por otro trastorno del Eje I no pongan de manifiesto su estilo de personalidad, dada la dificultad que existe para establecer un buen vínculo terapéutico con ellos. Debido también al cuidado que el clínico ha de tener a la hora de entrevistarlos, es probable que no obtenga de ellos demasiada información acerca de este trastorno, por lo que se hace más difícil tener un conocimiento más preciso sobre esta patología.

Por otra parte, el hecho de que existan similitudes sintomatológicas entre el TPP y otros trastornos psicóticos, especialmente con el trastorno delirante, hace que se centre más la atención sobre estos otros trastornos, que frecuentemente son más graves, y eso favorece que no se indague demasiado en aquello que es propio de este trastorno de la personalidad, a pesar de ser considerado por algunos autores como uno de los más graves dentro de este tipo de patologías. El TPP es uno de los síndromes que más investigación en áreas de etiología y tratamiento necesitan, si se pretende llegar a prevenirlo y tratarlo con una mínima garantía de éxito.

3

El trastorno esquizoide de la personalidad

Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet
Universidad de Granada (España)

Era un hombre muy raro
Vivía solo, dentro de su casa
Dentro de su habitación, dentro de sí mismo
No tenía amigos, apenas hablaba
Y nadie, a su vez, le hablaba
"Porque no era simpático y no se preocupaba por serlo"
Y no era como los demás
Murió el sábado pasado
Abrió el gas y se fue a dormir
Con las ventanas cerradas, de modo que nunca más se despertó
En su mundo silencioso y en su minúscula habitación
Y toda la gente decía, "Qué lástima que se haya muerto"
Pero, ¿no era un hombre muy raro?

(A most peculiar man, Simon y Garfunkel)

3.1. Introducción

Una de las características básicas del ser humano como tal es su capacidad para establecer y mantener relaciones sociales con sus semejantes. Gran parte de nuestra idiosincrasia reside en dar y recibir de nuestros semejantes. Esta interacción nos va moldeando como seres humanos y nos ayuda a ser quienes somos. El sujeto con una personalidad esquizoide no parece estar interesado en esas relaciones con los demás. Sus intereses suelen residir más en objetos materiales o fantasías donde no se incluyen otros seres humanos como parte importante de las mismas. Suelen llevar una vida solitaria, porque así lo escogen, donde los otros ocupan lugares secundarios. Son independientes, no necesitan a nadie y no buscan la compañía de otras personas. No expresan emociones ni

parecen afectarse por las alabanzas o las críticas de los demás. Ni siquiera las relaciones sexuales constituyen un elemento de atracción para estos sujetos. Podríamos decir exagerando un poco que "ni sienten ni padecen". Si nos queremos formar una imagen de ellos y nos imaginamos una estatua, tal vez no estaríamos muy lejos de la realidad de la personalidad esquizoide. Los sujetos con este tipo de personalidad pueden funcionar bien en un entorno laboral que no requiera un trato frecuente con las personas; incluso a veces pueden tener habilidades especiales en determinadas áreas. Si su burbuja personal, más amplia que en el resto de la gente, no es traspasada ni perturbada, es probable que no causen problemas en su entorno. Aunque posiblemente tengan dificultades para conseguir pareja (más en el caso de los hombres que en el de las mujeres), tampoco suele ser un objetivo básico de sus vidas. No suelen acudir a terapia, porque ¿qué es lo que deberían cambiar? Solamente cuando padecen un trastorno del Eje I o cuando su estilo de comportamiento les impide progresar en su carrera laboral, se pueden plantear la posibilidad de pedir ayuda. Su forma de funcionar en la vida no es considerada precisamente como un modelo a seguir en nuestra sociedad, teniendo en cuenta los valores imperantes, pero como tampoco suele ser un estorbo significativo para los demás, es probable que los sujetos con una personalidad esquizoide pasen por la vida sin molestar ni ser molestados.

3.2. Revisión histórica

Los historiadores han planteado algunas diferencias con respecto al concepto de personalidad esquizoide. Algunos mencionan a Hoch (1909), en su descripción de una personalidad encerrada en sí misma que precedió al desarrollo de una demencia precoz, como la primera persona que abordó ese tipo de personalidad. La misma incluía síntomas de reticencia, rigidez, aislamiento y obstinación, con una tendencia a vivir en un mundo de fantasías. Otros historiadores han señalado a Bleuler (1924) como la persona que utilizó por primera vez el término "esquizoide" para identificar a los individuos con una serie de características de tipo autista. Los describió como encerrados en sí mismos, suspicaces, incapaces de llevar una discusión, cómodos en su monotonía y aburrimiento y con una incapacidad para expresar emociones. El concepto de esquizoide de Bleuler era una categoría no psicòtica que representaba o ilustraba la expresión extrema de los individuos para centrar la atención en su propia vida interna y distanciarse del mundo exterior. Por otra parte, Kretschmer (1925) presentó una teoría del temperamento en relación con la psicosis. Llamó "esquizotimia" a la forma normal de la personalidad de tipo esquizofrénico y definió al esquizoide como la forma de personalidad patológica observada con frecuencia en la familia de sujetos con esquizofrenia. Kretschmer describió también varias características de la personalidad esquizoide. La más frecuente de ellas se refería a un individuo que era insociable, tranquilo, reservado, serio y excéntrico. Además, puso énfasis en las escasas relaciones sociales y en las experiencias poco realistas de los individuos esquizoides, que se sentían como si hubiera un muro de cristal entre ellos y el resto de la humanidad.

Según Kretschmer, el esquizoide puede construir un mundo autista que se convierta en el núcleo de su existencia. Cuando se incluyó el trastorno esquizoide de la personalidad (TEP) en el DSM-II (APA, 1968) los criterios incluían excentricidad, timidez, hipersensibilidad, aislamiento y evitación de las relaciones íntimas. Sin embargo, a partir del DSM-III el concepto de personalidad esquizoide se dividió en tres trastornos, el esquizotípico, el evitativo y el esquizoide. Posteriormente, ha habido acaloradas discusiones sobre las similitudes y diferencias entre la personalidad esquizoide y la evitativa (p. ej., Gunderson, 1983; Akhtar, 1987; Reich y Noyes, 1986). Estos últimos autores encontraron un notable solapamiento entre el TEP y el trastorno de la personalidad por evitación (TPE). Utilizando el MCMI (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) descubrieron que 13 de cada 14 pacientes diagnosticados con TEP eran diagnosticados también con un TPE. Sin embargo, esto puede deberse a características de la medida de evaluación que reflejan una elevada correlación entre las escalas de TEP y TPE (0,76). Otros estudios no han encontrado solapamiento entre los diagnósticos de TEP y TPE (p. ej., Trull, Widiger y Frances, 1987). Estos autores descubrieron una única correlación positiva entre las características de ambos trastornos que se refería al aislamiento social. Al revisar la historia del término esquizoide, es importante conocer que algunos investigadores han considerado este trastorno como parte del espectro de la esquizofrenia. Este concepto supone que los estados psicopatológicos que tienen algunas características de la esquizofrenia, o que se encuentran a menudo entre los familiares de esquizofrénicos, comparten algunos componentes genéticos con la esquizofrenia (Thompson-Pope y Turkat, 1993). El empleo del término esquizoide en investigación genética ha contribuido, probablemente, a la confusión sobre su significado. Sin embargo, la suposición de que la personalidad esquizoide está relacionada estrechamente con la esquizofrenia no ha sido apoyada por los datos. Incluso algún autor (p. ej., Kety, 1976), después de una amplia revisión sobre estudios que abordaban aspectos genéticos de la esquizofrenia, concluyó que la personalidad esquizoide no era más frecuente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia que en grupos control y que no debería asumirse que este trastorno posee alguna relación con la esquizofrenia.

3.3. Estilo esquizoide de personalidad: El tipo asocial

Los individuos con un estilo esquizoide de la personalidad son fundamentalmente sujetos asociales que no necesitan a nadie más que a sí mismos. Son independientes de los demás, a los que consideran como “reemplazables”. Su soledad no es una forma de evitar ciertas situaciones o personas porque les causen ansiedad, sino que es producto de su propia elección, ya que donde encuentran el verdadero placer es en su interior. Lo que pierden estos sujetos en sentimientos e intimidad lo ganan en lucidez, en claridad para observar lo que ocurre a su alrededor. Son indiferentes a los vínculos emocionales que por lo general unen a las personas, por lo que es poco probable que formen una pareja o una relación estrecha de amistad. Su escaso interés por las personas hace que no experi-

menten la necesidad de atraerlas hacia una relación íntima. Oldham y Morris (1995) describen una serie de características típicas de este tipo de sujetos:

- Se encuentran más cómodos estando en soledad.
* No requieren de la compañía de los demás para disfrutar de experiencias ni para desenvolverse en las diferentes áreas de su vida.
- Tienen un temperamento desapasionado y poco sentimental.
- Pueden disfrutar del sexo, especialmente como relajante de tensiones, pero son capaces de prescindir de una relación sexual continua.
- No se dejan llevar ni por alabanzas ni por críticas.
- No sienten hostilidad hacia los demás.
- Les cuesta interpretar y comprender las señales emocionales y los sentimientos de los otros.
- No satisfacen las necesidades emocionales de sus más allegados.
- Encuentran bastantes gratificaciones en la vida que disfrutan en soledad y raramente se aburren.
- Son buenos trabajadores, aunque no sirven para el trabajo en equipo ni para relacionarse con el público.

Estas personas no necesitan que nadie las alabe ni las rescate del aburrimiento, ya que difícilmente se cansan de estar solas. No entienden que los demás necesitan la compañía de otros para encontrar la felicidad, ya que ellos la obtienen estando en soledad. Para ellos las personas crean más problemas de lo que valen, por eso prefieren prescindir de ellas. Su mundo ideal sería aquel en el que hubiera pocas personas y donde cada uno fuese a lo suyo sin molestar a los otros. Por lo general, no desarrollan sentimientos hostiles hacia los demás ni ésta es la causa para no relacionarse; simplemente prefieren crear pequeños ámbitos de soledad donde pasar el mayor tiempo posible. Al no dejarse llevar por los sentimientos, son capaces de hacer juicios mucho más objetivos en determinadas situaciones de lo que serían capaces otras personas. Su falta de expresión de sentimientos no se debe a la incapacidad para exteriorizarlos, sino a la falta de emotividad, y cuanto más se les insiste para que los expresen más se encierran en sí mismos debido a la gran tensión que experimentan.

El mejor compañero para un estilo esquizoide es un estilo obsesivo-compulsivo, ya que son poco exigentes en el plano emocional. Con un estilo autodestructivo también podrían llevarse bien, ya que éste, a pesar de dar mucho, no pide nada a cambio. Los narcisistas pueden sentirse atraídos por la manera de ser, reservada e independiente, de los asociales, pudiendo llegar a tolerar ese aislamiento suyo. En cambio, aquellos tipos de personalidad que más se dejan llevar por los impulsos o son muy sociables, como los teatrales, los límite, los antisociales, los dependientes, los esquizotípicos y los pasivo-agresivos no hacen buena pareja con los esquizoides. Aunque el comportamiento de los evitativos es similar al de los esquizoides, los primeros necesitan relacionarse con los demás, aunque su temor se lo impida, y requieren el empuje que los esquizoides no estarán dispuestos a darles. Con un paranoide la relación es prácticamente imposible, ya que con-

tinuamente están controlando a la pareja, algo que no podrá tolerar el esquizoide, que prefiere manejarse de forma independiente. Dos personas moderadamente esquizoides pueden llevar una buena relación al respetar mutuamente la intimidad del otro.

• *Cómo relacionarse con un tipo esquizoide*

Hay que dejarlos ser y actuar a su manera. Es un error intentar transformarlos en personas como las demás, por lo que es conveniente valorar su competencia, su responsabilidad y su interior, que puede ser interesante. No hay que compadecerse por su soledad, ya que disfrutan de ella, y probablemente sean los esquizoides los que crean que los demás son infelices al estar rodeados continuamente de gente. Aunque prefieran pasar tiempo alejado de los demás, no hay que pensar que no quieren a los suyos, por lo que es mejor no agobiarlos con demostraciones afectivas. Si un esquizoide comparte su vida con otra persona, es suficiente muestra de lo que le importa, por lo que es conveniente no esperar otras muestras de amor ni verbalizaciones cariñosas del estilo. Hay que dejarle tiempo para que esté solo e interpretar esos momentos como algo que necesitan los esquizoides para sentirse plenos. Mientras tanto, la pareja puede buscar una alternativa de ocio para realizar con otra gente. Este tipo de individuos suelen ser muy sensatos, por lo que a la hora de resolver algún problema habrá que apelar a la lógica y no a las emociones (Oldham y Morris, 1995).

3.4. El trastorno esquizoide de la personalidad: diagnóstico

El cuadro 3.1 muestra los criterios diagnósticos que tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 proponen para el TEP, un síndrome caracterizado por la frialdad emocional, la ausencia de relaciones sociales, la preferencia por actividades solitarias, la introspección y tendencia a la fantasía y la incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.

Los criterios diagnósticos que proponen los dos sistemas de clasificación son similares para este trastorno, exceptuando que la CIE-10 añade otras características como la dificultad para cumplir con las normas sociales y la tendencia a la introspección y los devaneos fantásticos.

3.5. Características clínicas

Las personas que sufren un TEP son vistas por los demás como despreocupadas e indiferentes y que les gusta trabajar por sí solas, sin relacionarse demasiado con los otros. Prefieren pasar desapercibidas entre la multitud y rara vez expresan signos de emotividad hacia la gente. La felicidad la encuentran en sus momentos de soledad, donde no hay otras personas que rompan su silencio y su tranquilidad. Carecen de espontaneidad y vivaci-

Cuadro 3.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno esquizoide de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE - 10
A) Un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales, tal como indican cuatro (o más) de los síntomas siguientes:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de la personalidad. *B)* Deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes:
1. No desea ni disfruta de las relaciones íntimas, incluyendo el formar parte de una familia.	1. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.	2. Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
3. Muestra poco interés en tener experiencias sexuales con otra persona.	3. Poco interés por las relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
4. Disfruta con pocas actividades.	4. Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
5. Es indiferente a la alabanza o a la crítica.	5. Respuesta pobre a los elogios o a las críticas.
6. Muestra desapego, frialdad o embotamiento emocionales.	6. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
7. Carece de confidentes o amigos íntimos distintos a ios miembros de su familia.	7. Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
8) Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.	8. Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
	9. Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias, acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir premórbido.	10. Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.
	Excluye: *Esquizofrenia* *Trastorno esquizotípico* *Síndrome de Asperger* *Trastorno de ideas delirantes* *Trastorno esquizoide de la infancia*

dad y se muestran torpes en sus relaciones sociales, dando la impresión de tener una vida gris y aburrida. Los cuadros 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5 muestran los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del TEP así como algunos aspectos fisiológicos y médicos del mismo.

Los individuos con TEP dan la impresión de ser personas aletargadas, que carecen de vitalidad y cuyos movimientos suelen ser torpes y rígidos. Su expresión facial es neutra, por lo que es difícil interpretar cómo se sienten cuando se interacciona con ellos. Al hablar se expresan de forma lenta y rara vez cambian el tono de voz, aunque lo que estén contando sea algo íntimo o trágico para ellos. Son personas que presentan un déficit a la hora de responder a la estimulación externa, así como a aquellos refuerzos que llevarían a la acción a los demás. Carecen de iniciativa para realizar actividades y si se implican en alguna será de tipo mental; en el caso de que requieran esfuerzo físico elegirán aquellas que conlleven el menor gasto de energía posible. Tienen pocos amigos y pocas relaciones estrechas, aparte de las personas de su familia. Prefieren implicarse en sus cosas ellos solos y pasar desapercibidos.

Cuadro 3.2. *Aspectos conductuales característicos del TEP.*

- Movimientos corporales inquietos, presentando torpeza y rigidez gestual.
- Ausencia de expresión facial.
- Escaso contacto ocular.
- Discurso intencional, pero sin elaboración detallada.
- Tono de voz lento y monótono, aunque hablen de acontecimientos importantes o traumáticos.
- Parecen hipoactivos y llama la atención su falta de vitalidad y de energía.
- Carentes de iniciativa.
- Falta de respuesta a los refuerzos que empujarían a los demás a la acción.
- Prefieren actividades solitarias.
- Falta de cordialidad hacia los demás.

Cuadro 3.3. *Aspectos cognitivos característicos del TEP.*

- Creencia de que los demás no se ocupan de ellos.
- No sobreestiman el potencial real de sus capacidades.
- No presentan alucinaciones ni ¡deas delirantes.
- No creen que su falta de interés sea patológica.
- Presentan una falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás.
- Carecen de vida interior.
- Poseen mínimos intereses "humanos".
- Pueden desarrollar interés en movimientos intelectuales o modas, pero sin implicarse socialmente.
- Tienen una aparente deficiencia cognitiva.
- Sus fantasías y actividades imaginativas no parecen ir mucho más allá de su vida real.
- Son indiferentes al halago o a la crítica.
- Carecen de ambición.
- Muestran escaso interés en las experiencias sexuales y sensoriales.

Cuadro 3.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TEP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Lo que piensen los demás de mí no tiene valor."	Pensamiento dicotòmico Minimización	Autosuficiencia
"Para mí lo más importante es ser libre e independiente de los demás."	Sobregeneralización	Autosuficiencia
"Sólo disfruto haciendo cosas a solas."	Pensamiento dicotòmico Atención selectiva	Desapego social
"Estoy mucho mejor si me dejan solo."	Pensamiento dicotòmico Magnificación	Desapego social
"Los otros no influyen en mis decisiones."	Falacia de control	Autosuficiencia
"No tiene importancia la intimidad con otras personas."	Pensamiento dicotòmico	Inhibición emocional
"Yo establezco mis propias normas y metas."	Idealización extrema	Autosuficiencia
"La privacidad es mucho más importante que la relación con la gente."	Sobregeneralización	Desapego social
"El sexo sólo vale para liberar tensión."	Pensamiento dicotòmico	Inhibición emocional
"Puedo manejar las cosas a mi manera sin la ayuda de nadie."	Falacia de control	Autosuficiencia
"Es mejor estar solo y no sentirse apegado a otras personas."	Sobregeneralización	Desapego social
"Las relaciones son complicadas y coartan la libertad."	Inferencia arbitraria	Desapego social

Cuadro 3.5. *Aspectos emocionales característicos del TEP.*

- Baja activación emocional.
- Incapaces de expresar tristeza, culpa, alegría, ira o enfado.
- Respuestas emocionales inapropiadas, reprimidas, embotadas.
- Pueden establecer vínculos emocionales con animales.
- Deseo sexual hipoactivo.
- No disfrutan mucho de las relaciones íntimas.

Con frecuencia se muestran en su trato con los demás poco cordiales, dada la falta de habilidad que tienen para captar las señales emocionales de los otros que se transmiten en la comunicación. No son desconsiderados a propósito, sino que están absortos en su mundo, por lo que se mantienen desvinculados de los demás.

Estos individuos son mínimamente introspectivos, ya que no son capaces ni de responder ni de disfrutar de las recompensas que les podría proporcionar la autoevaluación, al ser personas incapaces de experimentar emociones. Creen que los demás no se preocupan por ellos, pero ni les importa ni creen que su falta de interés general sea patológica. Su estilo cognitivo, aparentemente empobrecido, puede constituir la razón por la que carecen de una vida interior rica y por la que no parecen presentar tampoco ningún interés en aquellas áreas importantes para las demás personas. A no ser que presenten además un trastorno esquizofreniforme, no suelen sobreestimar el potencial real de sus capacidades y son indiferentes al halago y a la crítica que reciben de los demás. Creen que el sexo está bien, pero que sólo sirve para liberar tensión, por lo que no presentan grandes deseos ni necesidades sexuales. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan algunas distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de algunas esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 3.4.

El cuadro 3.5 muestra las características emocionales más relevantes que presentan, los sujetos con un TEP. Lo que caracteriza a estos sujetos en el plano emocional es su baja activación, algo que les hace ser emocionalmente neutros. No experimentan emociones ni positivas ni negativas, por lo que son incapaces de expresarlas así como de recibirlas por parte de los demás. No disfrutan de las relaciones íntimas con otras personas ni comparten sus sentimientos.

En 1987 se realizó un estudio en la universidad de Johns Hopkins donde se comprobó que aquellos sujetos de la muestra que se mostraban tristes y poco emotivos eran propensos a contraer cáncer en las etapas posteriores de su vida. Aunque este estudio no alcanza a demostrar que haya una relación directa entre el temperamento solitario y el cáncer,

Cuadro 3.6. *Posibles aspectos fisiológicos y médicos del TEP.*

- Pueden tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer.
- Son más propensos a la baja presión sanguínea.
- Pueden padecer una debilidad generalizada.

sí sugiere que el conocer y expresar los sentimientos, fundamentalmente los negativos, es a la larga beneficioso para el ser humano (Oldham y Morris, 1995). El hecho de que el trastorno esquizoide presente características de este tipo nos hace pensar que quizá estas personas tengan un mayor riesgo de desarrollar cáncer en alguna etapa de su vida, aunque es una conclusión puramente especulativa que necesita de una mayor investigación empírica.

En el cuadro 3.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad esquizoide puede tener habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que el paciente no se encuentra implicado tan frecuentemente.

El cuadro 3.8 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TEP.

Cuadro 3.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Problemas para ascender en el trabajo si eso implica trato con la gente.
- Pueden triunfar en actividades solitarias.
- Raramente se casan.
- Carecen de amigos íntimos.

Cuadro 3.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TEP.*

Visión de uno mismo
- Solitario, autosuficiente, independiente.

Visión de los demás
- intrusos, extraños, diferentes.

Estrategia principal
- Se mantiene alejado.
- Prefiere actividades solitarias.

3.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Con respecto a los trastornos del Eje I, el TEP se diferencia de la esquizofrenia, del trastorno esquizofreniforme, del trastorno delirante y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos en que el primero no presenta síntomas tales como alucinaciones y delirios. Para que se pueda dar un doble diagnóstico, el TEP debería de haberse iniciado antes de que en la persona aparezcan los primeros síntomas psicóticos que caracterizan a

los otros trastornos, y es significativo que los síntomas del TEP persistan en la fase de remisión de dichos trastornos. A veces hay dificultades para diferenciar un TEP de las formas leves del trastorno autista o del trastorno de Asperger, por lo que habrá que tener en cuenta el mayor deterioro social y los síntomas tales como las estereotipias, que no aparecen en el trastorno esquizoide de la personalidad (APA, 2000).

Los trastornos de personalidad con los que más probablemente puede confundirse el TEP son el esquizotípico, el paranoide y el trastorno de personalidad por evitación, ya que comparten características como el aislamiento social y la afectividad restringida. En cambio, el trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP) presenta distorsiones perceptivas que no presentan los individuos con un TEP. Los sujetos esquizoides tampoco presentan la suspicacia del paranoide. Se diferencian de los sujetos que presentan un trastorno de la personalidad por evitación (TPE) en que éstos tienen miedo a ser rechazados por los demás y a sentirse agobiados, mientras que los esquizoides directamente no tienen ningún interés por las relaciones con otros individuos. Podrían confundirse con los individuos que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) si éstos llegan a aislarse debido a su gran dedicación al trabajo, pero los sujetos con un TOCP sí tienen capacidad para relacionarse con los demás.

Se ha encontrado una cierta comorbilidad del TEP con otros trastornos del Eje I, como el trastorno depresivo mayor, y en algunos casos puede aparecer como el antecedente premórbido del trastorno delirante o de la esquizofrenia. También se puede observar con frecuencia la comorbilidad del TEP con otros trastornos de la personalidad como el esquizotípico, el paranoide y el evitativo.

3.7. Epidemiología y curso

El DSM-IV-TR estima que el trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico. Langner y Michael (1963) en el *Midtown Manhattan Study,* encontraron una alta prevalencia (15,2%) para el TEP. Sin embargo, Maier *et al.* (1992), Reich *et al.* (1989b) y Zimmerman y Coryell (1990) señalaron que esa estimación era mucho más baja. Por otra parte, Baron *et al.* (1985) encontraron que la prevalencia del TEP era del 1,6% en una muestra de sujetos con esquizofrenia crónica comparada con un grupo control (Girolamo y Reich, 1993). Millon y Martínez (1991) hallaron una prevalencia del TEP del 1% en estudios basados en los criterios diagnósticos del DSM-III (Kalus, Bernstein y Siever, 1993). Sin embargo, al utilizar los criterios diagnósticos del DSM-III-R para estimar la prevalencia del TEP se observó un aumento de hasta el 8,5%. En la población general se barajan unas prevalencias que van del 0,7 al 1,8% (Weissman, 1993) o < 1% (Widiger y Sanderson, 1997). Robinson (1999) informa que la tasa de prevalencia para este trastorno va desde 0,5 al 7%, elaborando un resumen de los porcentajes encontrados, lo que indica un notable desconocimiento sobre la prevalencia real del trastorno, dada la amplia horquilla planteada. Finalmente, aunque según la APA (2000) este trastorno parece ser mas frecuente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con un trastorno esquizotípico de la personalidad, estos datos no parecen muy sólidos (véase el siguiente apartado).

En ocasiones, en función de cada cultura, algunos comportamientos pueden ser calificados de esquizoides así como algunas circunstancias vitales. Por ejemplo, emigrar de un ambiente rural a uno urbano puede favorecer comportamientos fríos, distantes y la realización de actividades en solitario durante un tiempo, pero no sería adecuado diagnosticar un TEP en las personas con estas conductas (APA, 2000).

Algunos estudios han encontrado que el trastorno esquizoide de la personalidad es más común en hombres que en mujeres (Kass, Spitzer y Williams, 1983), quizá por la tendencia que presentan los hombres de nuestra sociedad a reprimirse emocionalmente. Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TEP se diagnostica con más frecuencia y puede causar una mayor incapacidad en los varones.

El TEP puede hacerse patente por primera vez en la infancia o adolescencia manifestándose por comportamientos solitarios, escasa relación con los compañeros y bajo rendimiento escolar. Este patrón de comportamiento los convierte en sujetos diferentes a los demás, por lo que a menudo son objeto de burlas por parte de sus compañeros (APA, 2000).

3.8. Etiología

A la hora de explicar el origen del TEP se han propuesto una serie de factores de distinta índole para explicar los déficit emocionales y sociales característicos de este trastorno de la personalidad.

A) Factores genéticos

Los pocos estudios que han investigado la transmisión genética del TEP han encontrado poca evidencia a favor de que este trastorno pueda ser transmitido de padres a hijos y que tenga relación con la esquizofrenia (Baron *et al,* 1985; Gunderson, Siever y Spaulding, 1983). Torgersen (1985), en un estudio con gemelos, concluyó que los porcentajes de heredabilidad de este trastorno eran insignificantes, mostrando que un tercio de la varianza de los rasgos esquizoides encontrados en la muestra podían ser atribuidos a factores ambientales familiares. No obstante, algún autor ha señalado que, teniendo en cuenta la similitud del aislamiento social que se da tanto en autistas como en sujetos con un TEP, ambos podrían tener aspectos biológicos comunes implicados en su desarrollo. En el caso del TEP, estos elementos biológicos podrían constituir un factor de riesgo que, junto con los problemas tempranos en las relaciones interpersonales, producirían los déficit sociales que definen al trastorno esquizoide de la personalidad (Wolff, 2000).

B) Factores ambientales

Millon y Everly (1994) proponen dos vías de influencia relacionadas con factores familiares que podrían favorecer el desarrollo de este trastorno.

- Atmósfera familiar formal o rígida. Las familias caracterizadas por ser excesivamente formales y reservadas y por relacionarse de manera desvinculada y distanciada favorecen el aprendizaje, por parte de los niños, de comportamientos que tienen que ver con los escasos sentimientos de afiliación interpersonal. Aunque entre la familia no hay expresiones de hostilidad, tampoco se dan de afecto y esta privación emocional fomenta que el niño no aprenda a expresar socialmente sus sentimientos.

- Comunicación familiar fragmentada. El hecho de que los miembros de la familia escuchen, piensen y se comuniquen con patrones desarticulados, vagos e incompletos favorece que el aprendizaje de habilidades de comunicación interpersonal no se produzca de la forma adecuada. Sin estas habilidades, el niño no se relacionará eficazmente, carecerá de vínculos con los demás, se tornará frío e insensible y terminará aislándose socialmente. El entorno, a su vez, se comportará de manera punitiva con él, al dar lugar a malentendidos esas conductas comunicativas disfuncionales. Esos individuos buscarán en su soledad el alivio que n*o* encuentran al tener que relacionarse con la gente.

3.9. Evaluación

Teniendo en cuenta la forma de relacionarse de los individuos con un TEP, será difícil obtener información sobre los mismos. Los pacientes con un TEP son incapaces de proporcionar retroalimentación al clínico, por lo que éste tendrá muchas dificultades a la hora de captar cómo se sienten, si se encuentran cómodos con el evaluador y con la terapia. La empatia del clínico deja impasible al esquizoide. Éste expresará sus problemas de forma tan fría que será difícil advertir si son fundamentales para él o no, dada la baja implicación emocional que demuestra en su discurso. No es conveniente hacerle preguntas para indagar si se siente cómodo en la consulta, porque es probable que no lo sepa o si lo sabe que no le importe en absoluto. Generalmente el clínico tendrá la impresión de que nunca llegó a establecer un buen vínculo terapéutico, ya que este tipo de relaciones se caracteriza por las ganas del paciente de contar y discutir sus síntomas y problemas más íntimos, sentimientos de los que carece el esquizoide. Othmer y Othmer (1996) señalan que el individuo con un TEP suele responder sólo "sí" o "no" o con frases muy cortas desde el inicio de la entrevista. No importa la estrategia que el entrevistador emplee. Está abocada al fracaso. Esa limitación de la expresión verbal y emocional no se debe a que el paciente intente protegerse, sino a un vacío mental y emocional.

La entrevista del paciente con un TEP puede intentar complementarse con un instrumento de autoinforme, como el MCMI-III (Millon *et al.,* 1994) o alguno de los instrumentos de cribado que acompañan a algunas entrevistas estructuradas, como la SCID (First *et al.,* 1997) o la IPDE (Loranger, 1996).

3.10. Tratamiento

Es muy poco frecuente que los sujetos con un TEP acudan a tratamiento y si lo hacen suele ser por otros problemas distintos al TEP (depresión, elevado estrés, drogadicción, etc.), aunque éste pueda encontrarse en la base de dichos problemas. Existe muy poca información sobre el tratamiento de pacientes con un TEP. La falta de motivación para cambiar de estos sujetos, así como sus limitaciones en la expresión afectiva, constituyen importantes obstáculos para que una terapia tenga éxito en la modificación de los síntomas del TEP. En algún caso se ha informado de una cierta utilidad de la hipnosis (Scott, 1989), aunque se trata de casos anecdóticos. En el supuesto de que el paciente tuviera motivación para cambiar, las técnicas conductuales podrían ayudar, especialmente en lo concerniente a la adaptación adecuada a nuevas circunstancias y a la disminución del aislamiento social (Kalus, Bernstein y Siever, 1995). El *entrenamiento en habilidades sociales* (especialmente en grupo) y la *exposición gradual* a tareas sociales, como el establecimiento de actividades sociales estructuradas, pueden ser procedimientos de ayuda para mejorar y aumentar las relaciones interpersonales de los sujetos con un TEP.

La modificación de los esquemas y pensamientos disfuncionales básicos de este trastorno por medio de la terapia cognitiva es difícil, teniendo en cuenta la importancia de la colaboración entre paciente y terapeuta que requiere ese tipo de terapia. Las intervenciones cognitivas con el TEP han sido vagas y poco explícitas (p. ej., Beck y Freeman, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990), han propuesto un registro diario sistemático de los pensamientos disfuncionales y de las suposiciones básicas (que se irán abordando en las sesiones posteriores), así como un aumento en la vivencia de emociones positivas (frecuentemente a través de tareas conductuales). En el cuadro 3.9 se puede ver un resumen de los tratamientos cognitivo-conductuales utilizados para este trastorno.

Cuadro 3.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TEP (Caballo, 2001c).*

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Exposición gradual a tareas sociales.
- Modificación de esquemas disfuncionales.
- Aumento en la vivencia de emociones positivas.

3.11. Conclusiones y tendencias futuras

La personalidad esquizoide constituye un grupo de síntomas relativamente extraños coincidentes en un sujeto sin síntomas psicóticos. Actualmente se conoce muy poco sobre este trastorno y, teniendo en cuenta los síntomas típicos del mismo, no parece que a corto plazo se vaya a conocer mucho más. Dado que ni el entorno ni el individuo con un TEP

parecen verse afectados por los rasgos que lo caracterizan, ya que estos sujetos básicamente no se relacionan con los demás y son incapaces de experimentar emociones profundas, es probable que no busquen ayuda por este problema.

Aunque se ha planteado que los rasgos del esquizoide son permanentes, retrotrayendo su inicio a la infancia e incluso sugiriendo aspectos genéticos en su desarrollo, algunos autores cuestionan la permanencia de varias características básicas como la falta de expresión emocional. Scott (1989) informó que, después de un tratamiento de cinco meses con hipnosis a un individuo diagnosticado con TEP, tuvo considerables modificaciones en la manifestación de emociones y en sus relaciones heterosexuales.

Quizá los principales problemas se encuentran en que sus conductas características pueden dificultar sus progresos en diferentes áreas, como la laboral y la social. Es decir, puede que el individuo no ascienda en su trabajo o que no encuentre una pareja. No obstante, si el individuo no manifiesta quejas y el entorno no sale perjudicado por él, habría que plantearse desde un punto de vista existencial si tenemos derecho a modificar este patrón de comportamiento. De cualquier modo, esto no es óbice para que se siga avanzando y profundizando en este trastorno de la personalidad tan poco conocido.

4

El trastorno esquizotípico de la personalidad

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

4.1. Introducción

La personalidad esquizotípica se caracteriza por un comportamiento extraño, distinto, un poco fuera de este mundo, con pensamientos diferentes y emociones muchas veces independientes del entorno. Los sujetos con un estilo esquizotípico son carne de cañón para sectas, especialmente aquellas que tratan con temas sobrenaturales, ocultos, misteriosos. Estos sujetos también pueden constituir un caldo de cultivo para la especulación, la brujería, la adivinación, el ocultismo. En buena medida, el mundo del ocultismo puede estar lleno de sujetos con características esquizotípicas. Es probable que gran parte de los que hoy día se dicen adivinos, brujas, poseídos, no sea más que el reflejo de síntomas de este tipo.

Los sujetos con una personalidad esquizotípica suelen ser torpes en sus relaciones sociales, teniendo problemas tanto en la emisión como en la recepción de señales verbales y no verbales. No obstante, suelen estar bastante pendientes de las reacciones de los demás hacia ellos, y muchas de ellas las interpretan erróneamente, especialmente de forma negativa. Con frecuencia la apariencia externa y el comportamiento manifiesto de estos individuos pueden ser percibidos como diferentes, extraños. No suelen seguir los convencionalismos ni las modas sociales y se centran en sí mismos, manteniendo las distancias frente a los demás. Sus intereses, aficiones, motivaciones también suelen ser diferentes de la mayoría de la gente, siendo realmente individuos idiosincrásicos. A veces pueden tener capacidades especiales en un área determinada, pero con frecuencia no suelen aprovecharlas en la forma en que la mayoría de las personas lo haría, sacando poco provecho material o personal.

Es característico de los individuos con una personalidad esquizotípica síntomas cuasipsicóticos o síntomas psicóticos breves o atenuados. Dependiendo de la gravedad de esos síntomas, los comportamientos de esos sujetos serán más o menos extremos, más o menos extraños, más o menos desadaptativos, sin llegar al nivel de deterioro de la esquizofrenia. No obstante, es probable que algunos de esos sujetos acaben desarrollando una esquizofrenia.

4.2. Revisión histórica

El término de trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP) fue incluido por primera vez en el DSM-III (1980). La historia de dicho constructo con el significado que aparece en este sistema de clasificación es muy corta (Thompson-Pope y Turkat, 1993). Rado (1956) acuñó el término como una abreviación de la expresión psicodinàmica "genotipo esquizofrénico" *(schizophrenic genotype),* considerando que el esquizotipo conllevaba el potencial de una descompensación psicòtica esquizofrénica completa. De esta forma, el esquizotipo estaba tan íntimamente ligado a la esquizofrenia que al principio no se consideró un diagnóstico diferente de éste y mucho menos un trastorno de la personalidad. Meehl (1962) continuó con esta tradición distinguiendo esquizotipia (una organización de la personalidad que tenía el potencial de descompensarse) y esquizofrenia (el síndrome psicòtico completo). El enfoque de Rado y Meehl sobre la personalidad esquizotípica, en el que se consideraba a las características tipo esquizofrenia de las poblaciones no psicóticas como formas atenuadas de la esquizofrenia, se ha descrito como el antecedente clínico histórico. Otra influencia histórica fue el "enfoque familiar" derivado de analizar las características clínicas que caracterizaban a los esquizofrénicos límite en familiares de primer y segundo grado de los sujetos adoptados que participaron en el estudio sobre adopción de Kety *et al*., (1969). Se consideró que estos familiares no psicóticos representaban variaciones genotípicas en la expresión de genotipo de la esquizofrenia. Los criterios del DSM-III sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad provienen de estas dos fuentes históricas que se acaban de describir, junto con los datos obtenidos en un análisis factorial de una encuesta clínica de sujetos límite frente a sujetos no límite (Spitzer, Endicott y Gibbon, 1979). Millon (1981) proporcionó una tercera perspectiva, conceptualizando el trastorno esquizotípico de la personalidad como una variación más grave del trastorno de la personalidad por evitación o del trastorno esquizoide de la personalidad. Así, considera que el TETP sólo existe bajo las formas esquizotípico-evitativo o esquizotípico-esquizoide, pudiendo ambos trastornos descompensarse y caer en un estado psicòtico. Parece que actualmente hay dos posturas enfrentadas con respecto al diagnóstico del trastorno esquizotípico de la personalidad: una que considera al TETP como una entidad diagnóstica única y otra que considera que habría dos tipos de esquizotípicos, identificados por los dos tipos de selección de muestras que hemos visto en la historia del trastorno, es decir, las obtenidas por el "método clínico" y las obtenidas por el "método familiar". El "tipo familiar" se caracterizaría por síntomas negativos (aislamiento social, retraimiento, frialdad) mientras que el "tipo clínico" incluiría síntomas tanto negativos como positivos (ilusiones, pensamiento mágico, ideas de referencia), pero serían estos últimos los que le identificarían.

Otra cuestión controvertida sobre este trastorno es su relación con el trastorno límite de la personalidad. Alrededor del 50% de los artículos aparecidos entre 1985 y 1990 sobre el TETP incluye un diagnóstico diferencial con respecto al trastorno límite de la personalidad (Thompson-Pope y Turkat, 1993). Incluso algún autor ha sugerido que el término "límite" hubiera sido un mejor diagnóstico que el de "esquizotípico" para designar el trastorno, dado lo cerca de la psicosis que se hayan los individuos que padecen dicho trastorno.

4.3. Estilo esquizotípico de personalidad: El tipo excéntrico

Los sujetos con estilo esquizotípico de la personalidad se sienten atraídos por lo extrasensorial, lo místico, lo oculto. Son dados a nuevas experiencias y a darle interpretaciones distintas a sucesos convencionales. No necesitan tener relaciones íntimas porque éstas no constituyen la base de su autoestima. No necesitan lo objetivo ni lo científico; son distintos, originales, sobresaliendo de los demás bien por sus excentricidades, bien por sus genialidades. Oldham y Morris (1995) proponen una serie de rasgos que caracterizan a los individuos con un estilo excéntrico de la personalidad:

- Se basan en sus propios sentimientos y creencias independientemente de que los demás comprendan su forma de ver el mundo.
- Son muy independientes y no precisan de interacciones sociales.
- Consiguen una vida original e interesante al margen de los convencionalismos.
- Muestran un gran interés por lo sobrenatural y por la metafísica.
- Son muy sensibles a la forma en la que los demás reaccionan frente a ellos.
- De cara a los demás frecuentemente parecen estar "locos".
- Son curiosos, creativos y presentan una mente e imaginación amplias.
- Son muy inconformistas con lo convencional.
- Buscan compañía en individuos similares a ellos, aunque prefieren no tener muchas relaciones y basarse sólo en sus principios originales.
- Llevan una vida extravagante e insólita para los demás y no tratan de amoldarse a lo establecido.
- No suelen ser competitivos ni ambiciosos.
- Tienen gran capacidad de concentración y para desconectarse.

A diferencia de otros estilos de personalidad su autoestima no depende de la aprobación de los demás, sino de sus propias convicciones. A los ojos de los demás llevan una vida de hábitos extraños y no sólo no se esfuerzan por ser convencionales sino que no sabrían cómo conseguirlo. A pesar de vivir en el mismo mundo que los demás hacen las cosas a su manera, por lo que les es complicado frecuentemente conseguir la aceptación del entorno, que muchas veces los ridiculizan. En función de la cultura y del ambiente en el que se desenvuelvan, estos sujetos estarán más o menos adaptados, aunque lo cierto es que son pocos los lugares donde encuentran su sitio este tipo de sujetos excéntricos. Aquellos que tienen algo que ofrecer a la sociedad serán halagados, pero para los individuos con este estilo de personalidad que carezcan de talento la vida en sociedad no le será fácil, a menos que se desenvuelvan en contextos muy tolerantes. Se basan en su mundo interior para intentar explicar los fenómenos externos, planteándose nuevas interpretaciones distintas a las establecidas. El hecho de no apoyarse en datos objetivos puede llevarles a la incertidumbre y la confusión en algún momento de sus vidas, por lo que en parte envidian la coherencia con la que vive la mayoría de la gente. En momentos de crisis les gustaría tener principios establecidos que les ayudaran a analizar y comprender mejor determinadas situaciones con las que se

enfrentan. Le dan mucha importancia a sus pensamientos y sentimientos, de los que dependen sus emociones, las cuales no son provocadas por los demás. Buscan la expansión mental, emocional y espiritual con el fin de vivir nuevas experiencias que les proporcionen un mayor conocimiento de su interior. Son vistas por los demás como personas descontroladas ya que no se reprimen por los convencionalismos sociales. Siempre asignan prioridad a su vivencia emocional y es imposible convencerlos de que lo que están sintiendo no es real. Saben que son distintos y que, probablemente por eso, la gente no los respeta, volviéndose intolerantes con aquellos que quieren obligarlos a adoptar unas pautas de conducta "normales". Prefieren la libertad a los refuerzos materiales y los mejores puestos de trabajo para estas personas son aquellos de tipo creativo que les permitan, además, poder evadirse de vez en cuando en sus cosas. Se quejan a menudo de la soledad al no poder conectar fácilmente con los demás, lo que les entristece y les hace sentirse incómodos en grupos de personas, porque esperan que, al igual que ellos toleran el mundo convencional, los demás les respeten de la misma manera (Oldham y Morris, 1995).

Al no adaptarse a las necesidades de nadie, los sujetos con un estilo esquizotípico no hacen buena pareja ni con los narcisistas, ni con el paranoide, ni con el antisocial ni con el sádico. Necesitan a una pareja que tolere sus excentricidades, que les dejen ser como son, que les cuiden y actúen como unión entre ellos y el mundo. Ése es el caso de los dependientes y los autodestructivos. El obsesivo-compulsivo aporta al esquizotípico un mayor sentido de la responsabilidad para que se ocupe de los asuntos serios de la vida cotidiana, pero se suele escandalizar de sus rarezas. Dos esquizotípicos construirán un mundo cerrado donde rara vez tendrá cabida algo del mundo convencional. ••

• *Cómo relacionarse con un tipo esquizotípico*

Es conveniente aceptar y valorar al esquizotípico precisamente por su carácter único y original, sin pensar que dentro de él hay un ser convencional y que sus rarezas son simples rasgos casuales, porque significará que no le estamos entendiendo. No se le debe obligar a que se adapte a nuestro mundo ni viceversa. Lo ideal será llegar a un trato para poder compartir momentos o hacer las cosas cada uno por su lado respetando al otro. Para que la vida en pareja sea más satisfactoria es recomendable hacer un esfuerzo interesándose por aquellos temas que apasionan al excéntrico. Para evitar que se sientan insatisfechos e infelices es conveniente liberarlos de algunas de las responsabilidades convencionales de la vida cotidiana, permitiéndole así tener más tiempo para dedicarse a actividades espirituales y a temas que le interesan. De esta forma no se sentirán presionados ni agobiados. Cuando tenemos una relación con un tipo con rasgos excesivamente excéntricos, lo mejor es ocuparnos nosotros de todo lo referente a las responsabilidades cotidianas ya que estos "sabios distraídos" suelen estar tan abstraídos en su mundo interior que probablemente se olviden de muchas de estas obligaciones convencionales como pagar el alquiler o las facturas (Oldham y Morris, 1995).

4.4. El trastorno esquizotípico de la personalidad: diagnóstico

El cuadro 4.1 muestra los criterios diagnósticos que tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 proponen para el trastorno esquizotípico de la personalidad (TETP), un síndrome caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad que se parecen a los síntomas negativos de la esquizofrenia a pesar de que no se han presentado las anomalías típicas de este trastorno. Tenemos que señalar que la CIE-10 no incluye al TETP entre los trastornos de la personalidad, sino que lo denomina "trastorno esquizotípico" y lo coloca en el Eje I al lado de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Este sistema de clasificación no recomienda esta etiqueta diagnóstica ya que considera que no está claramente diferenciada de la esquizofrenia simple y de los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide. En el caso de recurrir a este término, la CIE-10 exige que el sujeto presente al menos tres o cuatro de los rasgos característicos, de manera continuada o episódica, durante al menos dos años.

4.5. Características clínicas

Los esquizotípicos son personas raras y misteriosas que se mantienen aisladas de la gente y que están absortos en su mundo interno, presentando dificultades para expresar de forma coherente sus sentimientos y sus pensamientos. Mantienen creencias raras, imposibles de sostener bajo un punto de vista científico. Presentan también percepciones extrañas y se comportan de manera suspicaz respecto a los argumentos de los demás. Son vistos como raros y excéntricos no sólo por su comportamiento sino por su apariencia extravagante. Viven basados en su propio mundo y no se parecen a nadie, por lo que se sienten incomprendidos y, en muchas ocasiones, ridiculizados.

Los cuadros 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5 muestran los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del TETP y los aspectos fisiológicos y médicos de este trastorno.

Los síntomas conductuales típicos del TETP se caracterizan por su excentricidad. Los sujetos que presentan este trastorno suelen permanecer aislados de la sociedad al sentirse incomprendidos y rechazados en muchos casos por los demás, dado su comportamiento y pensamiento fuera de lo común. Son capaces de atribuir explicaciones esotéricas a los fenómenos casuales que ocurren o reírse solos, de repente, delante de todo el mundo. Es típico que no permanezcan mucho tiempo con el mismo trabajo, ya que suelen ir cambiando de empleo. Lo mismo sucede si se han casado; es probable que se divorcien. En casos muy extremos, una de las áreas que se ve afectada es la del lenguaje, que suele ser extraño e idiosincrásico. Es común verlos vestidos de manera extravagante y provistos de artilugios y amuletos, ya que son personas supersticiosas e interesadas en temas esotéricos y ocultos. Es esperable que estos sujetos carezcan de muchos amigos, y menos íntimos, debido a que su forma de pensar y actuar pocas veces es comprendida por los demás. Ellos mismos son conscientes del rechazo social que provocan, por lo que terminan apartándose de los convencionalismos por los que están tan poco

Cuadro 4.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno esquizotípico de la personalidad (Eje II) y de la CIE-10 para el trastorno esquizotípico (Eje I).*

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno esquizotípico)
A) Un patrón generalizado de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Ideas de referencia (excluyendo las ideas delirantes de referencia). 2. Creencias extrañas o pensamientos mágicos que influyen sobre el comportamiento y que es inconsistente con las normas subculturales. 3. Experiencias perceptivas poco habituales. 4. Pensamiento y habla extraños. 5. Sospechas o ¡deas paranoides. 6. Afecto inapropiado o restringido. 7. Conducta o apariencia extrañas, excéntricas. 8. Carencia de confidentes o amigos íntimos distintos de los miembros de la familia. 9. Ansiedad social excesiva, que no disminuye con la familiaridad y tiende a estar asociada con temores paranoides en vez de con evaluaciones negativas hacia ella/él. 8*)* No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia u otros trastornos psicóticos o durante un trastorno generalizado del desarrollo. Nota: *Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido".*	*A)* El sujeto debe haber manifestado, de forma continua o reiterada, al menos cuatro de las siguientes características: 1. Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autistas que no conforman claras ideas delirantes. 2. Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales. 3. Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, muy elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento. 4. Ideas paranoides o suspicacia. 5. La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia. 6. El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares. 7. Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social. 8. Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos. 9. Episodios casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ¡deas pseudodelirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa. Incluye: *Esquizofrenia límite* *Esquizofrenia latente* *Reacción esquizofrénica latente* *Esquizofrenia prepsicótica* *Esquizofrenia prodrómica* *Esquizofrenia pseudoneurótica* *Esquizofrenia pseudopsicopática* *Trastorno esquizotípico de la personalidad* Excluye: *Síndrome de Asperger* *Trastorno esquizoide de la personalidad*

Cuadro *4.2. Aspectos conductuales característicos del TETP.*

- Comportamientos excéntricos.
- Sentido del humor absurdo.
- Socialmente ineptos, se encuentran aislados de los demás.
- Extraños patrones de lenguaje.
- Vestimenta peculiar o desaliñada.
- No responden a gestos convencionales como la sonrisa o las señales de asentimiento.
- Apariencia de fría y reservada a agitada y excitable.

Cuadro 4.3. *Aspectos cognitivos característicos del TETP.*

- Creen que los demás no se ocupan de ellos.
- No sobrestiman el potencial real de sus capacidades.
- No presentan alucinaciones ni ideas delirantes.
- No creen que su falta de interés sea patológica.
- Presentan una falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás.
- Carencia de vida interior.
- Poseen mínimos intereses "humanos".
- Pueden desarrollar interés en movimientos intelectuales o modas, pero sin implicarse socialmente.
- Aparente deficiencia cognitiva.
- Sus fantasías y actividad imaginativa no parece ir mucho más allá de su vida real.
- Son indiferentes al halago o a la crítica.
- Carecen de ambición.
- Escaso interés en las experiencias sexuales y sensoriales.

interesados y haciendo su vida a su manera, sin importarles la opinión ajena. Éste es un trastorno caracterizado, además, por reunir rasgos heterogéneos, todos ellos típicos del patrón conductual del TETP, donde mientras algunos individuos muestran una actitud fría, apagada y reservada, otros presentan un estado constante de agitación.

El estilo cognitivo de estos sujetos se caracteriza por estar desorganizado y por interpretar las cosas de forma distinta al resto del mundo, presentando dificultades para distinguir lo relevante de lo que no lo es. Carecen de lógica para ordenar sus pensamientos y, por el contrario, su mente está llena de ilusiones acerca de fuerzas sobrenaturales e incluso pueden llegar a experimentar sensaciones de despersonalización y disociación. Se caracterizan también por presentar el llamado “pensamiento mágico”, por el cual creen poseer el don de la clarividencia, telepatía e incluso un sexto sentido con el que guiarse en su particular mundo. Algunos individuos con un TETP pueden experimentar en algún momento pensamientos psicóticos pero además de ser transitorios, no son indicativos de un diagnóstico de esquizofrenia. Son desconfiados con los demás, ya que son conscientes de que son diferentes y que poca gente intenta comprenderlos y ser tolerantes con ellos. Esa suspicacia puede ser producto también de las alucinaciones que pueden llegar a experimentar y por las que pueden convencerse de que la gente está conspirando contra ellos. No son capaces de sentirse cómodos en su interacción con

Cuadro 4.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TETP.*

Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Esquemas
"Creo que esa persona me está vigilando."	Inferencia arbitraria	Desconfianza esencial
"Sé lo que él piensa."	Adivinación del pensamiento Pensamiento mágico	Percepción extrasensorial
"Siento que va a ocurrir algo malo."	Razonamiento emocional Adivinación del futuro	Predicción con base interna
"Siento que el diablo está en ella."	Razonamiento emocional	Percepción extrasensorial
"Soy un no-ser."	Etiqueta global	Percepción extrasensorial
"Soy incorpóreo."	Etiqueta global	Percepción extrasensorial
"Puesto que el mundo es peligroso, siempre tienes que ir con cuidado."	Sobregeneralización Pensamiento dicotòmico	Hostilidad del entorno
"La gente se aprovechará de ti siempre que pueda."	Inferencia arbitraria Personalización	Hostilidad del entorno
"Las cosas no ocurren por casualidad."	Falacia de control	Determinismo ilusorio
"A veces lo que siento dentro de mí indica lo que va a suceder."	Razonamiento emocional Adivinación del futuro	Predicción con base interna
"Las relaciones son peligrosas."	Inferencia arbitraria Pensamiento dicotòmico	Hostilidad del entorno

* La propuesta de esquemas para el TETP es muy tentativa dado que probablemente algunos pensamientos provengan de ilusiones o alucinaciones determinadas biológicamente.

los demás y les falta ambición y espontaneidad, por lo que terminan implicándose cada vez más en actividades sociales marginales. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 4.4.

El cuadro 4.5 muestra los aspectos emocionales más característicos del TETP. Su afecto no armónico y deficiente les impide relacionarse normalmente con los demás y suelen ponerse muy ansiosos ante cualquier dificultad que surja en la interacción, lo que hace que prefieran aislarse. Frecuentemente son incapaces de disfrutar de actividades y

Cuadro 4.5. *Aspectos emocionales característicos del TETP.*

- Ansiedad ante el mínimo desafío social.
- Afectividad restringida o inapropiada.
- Anhedonia.
- Con frecuencia expresión emocional sin relación con el contexto.
- Sensibles a la ira.
- Frecuentes ataques de depresión y ansiedad.

Cuadro 4.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TETP.*

- Problemas fisiológicos por consumo de sustancias psicoactivas o tóxicas.
- Complicaciones debidas a accidentes por comportamientos imprudentes.

situaciones que, por lo general, son placenteras para la mayoría de las personas, por lo que la anhedonia, en algunos casos, es característica también de estos sujetos. Precisamente este déficit a la hora de experimentar refuerzos es lo que puede provocar que, en muchos casos, estos sujetos sufran de ataques de depresión y ansiedad.

Como complicaciones fisiológicas o médicas que pueden estar relacionadas con este trastorno señalamos, como más relevantes, la posibilidad de sufrir daños por verse implicado en problemas o accidentes debido a los síntomas casi psicóticos que en muchos casos experimentan estos sujetos y que les pueden conducir a situaciones problemáticas. Los individuos con un TETP tienen, además, unas creencias y convicciones muy particulares, pudiendo llegar a tomar, en bastantes ocasiones, sustancias psicoactivas que pueden resultarles tóxicas, en su afán de vivir experiencias acordes con sus ideologías y convicciones.

En el cuadro 4.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad esquizotípica puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, fami-

Cuadro 4.7. *Posible impacto sobre el entorno.* [*]

- Cambian con frecuencia de empleo.
- Suelen centrarse en empleos marginales.
- Llevan un estilo de vida más bien nómada, sin ataduras locales.
- Raramente se casan o si se casan se divorcian rápidamente.
- Carecen de amigos íntimos.
- Son presas fáciles de las sectas.
- Tienen facilidad para desarrollar estilos de vida relacionados con el ocultismo, la magia, la adivinación.

Cuadro 4.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TETP.*

Visión de uno mismo
- Distintos, especiales, interesantes, independientes.

Visión de los demás
- Extraños, amenazantes, hostiles.

Estrategia principal
- Sospechan, se aíslan, a veces son hostiles.
- Siguen pautas diferentes a los demás.

lia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado no tan frecuentemente.

El cuadro 4.8 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TETP.

4.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Con respecto a los trastornos del Eje I, el TETP se diferencia de la esquizofrenia, del trastorno delirante y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos en que el primero no presenta síntomas tales como alucinaciones y delirios. Para que se pueda dar un doble diagnóstico, el TETP debería haberse iniciado antes de que en la persona aparezcan los primeros síntomas psicóticos que caracterizan a los demás trastornos, siendo importante que los síntomas del TETP persistan en la fase de remisión. A veces hay dificultades para diferenciar un TETP de las formas leves del trastorno autista, del trastorno de Asperger o del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, por lo que habrá que tener en cuenta el mayor deterioro social y síntomas tales como las estereotipias que no aparecen en el trastorno de la personalidad, así como los esfuerzos del sujeto para comunicarse y el evidente deterioro del lenguaje que se presentan en el trastorno del lenguaje del Eje I (APA, 2000).

Las diferencias entre el TETP y otros trastornos de la personalidad como el esquizoide y el paranoide estriban en que, aunque los tres presentan distanciamiento social y afectividad restringida, el esquizotípico presenta distorsiones perceptivas y acusadas excentricidades que no son típicas de los otros dos trastornos de la personalidad. Con el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) comparte que los dos trastornos tienen las relaciones personales limitadas, pero mientras que en el TETP hay una falta de deseo de relacionarse en el TPE sí existe tal deseo, pero se ve reprimido por el temor al rechazo. Parece existir una elevada comorbilidad entre ambos trastornos, con porcentajes que van del 15 al 88% (Siever, Bersntein y Silverman, 1995). Con respecto al trastorno narcisista de la personalidad, ambos pueden mostrar suspicacia, aislamiento so-

cial o indiferencia, pero este último lo que teme es que se descubran sus defectos. El trastorno límite de la personalidad comparte con el TETP el hecho de que pueden presentar síntomas psicóticos transitorios, pero en el caso del límite los presentaría más disociados y como cambios afectivos en respuesta al estrés. Por el contrario, es más probable que el esquizotípico presente síntomas de tipo psicóticos permanentes, que pueden empeorar con el estrés, pero con menos probabilidad de ser asociados a síntomas afectivos acusados. Sin embargo, la elevada comorbilidad entre ambos trastornos hace que no siempre sea posible hacer una distinción entre ellos (APA, 2000). Así, se ha encontrado tasas de comorbilidad entre los dos trastornos que van desde el 9,5% (Plakun *et al.,* 1987) hasta el 73% (Clarkin *et al.,* 1983), con una media del 42%, con lo que parece que un diagnóstico de TETP solo es poco frecuente. No obstante, lo habitual es encontrar muchos de los criterios del trastorno límite de la personalidad en sujetos con un TETP, pero no al contrario.

En algunos casos, la presencia de síntomas psicóticos significativos hacen que se cumplan los criterios para un trastorno psicòtico breve, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia. Entre el 30 y el 50% de los casos de TETP que están ingresados en un centro clínico presentan simultáneamente un trastorno depresivo mayor. Pueden también tener una relativamente elevada tasa de comorbilidad con la esquizofrenia (Siever *et al.,* 1995).

4.7. Epidemiología y curso

Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3% de la población general (APA, 2000). Para este trastorno Reich *et al.* (1989b) y Zimmerman y Coryell (1990) encontraron tasas de prevalencia del 3% y 5,6% respectivamente, similares a las halladas por Langner y Michael (1963) en el *Midtown Manhattan Study* (4,9%), mientras que Maier *et al.* (1992) informaron de una prevalencia bastante inferior (0,6%). Weissman (1993) plantea una horquilla, en la población general, que va del 0,5 al 5,6%. Por otra parte, Baron *et al.* (1985) encontraron que el TETP era mucho más frecuente en muestras de sujetos con esquizofrenia crónica (14,6%) que en un grupo control (2,1%). Estos resultados proporcionan más evidencia de la existencia de una relación específica entre la esquizofrenia y el TETP (Girolamo y Reich, 1993). Loranger (1990) basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III informó de una prevalencia aproximada del 2,1%. Meehl (1990) ha concluido que aproximadamente un 10% de la población presenta vulnerabilidad genética para el trastorno esquizotípico aunque no todos desarrollan el TETP (Lenzenweger, 1999). Este trastorno es más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en población general. Los familiares de la muestra de sujetos con TETP presentan un aumento de vulnerabilidad a desarrollar esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

El TETP parece ser más frecuente en hombres que en mujeres. Como cualquier otro trastorno de la personalidad, los síntomas del TETP deben ser evaluados en función del

contexto cultural donde esté inmerso el sujeto, prestando principal atención a las creencias y rituales de tipo religioso que podrían ser calificados como características esquizotípicas por personas ajenas a este tipo de prácticas.

El curso de este trastorno es relativamente estable *y* únicamente un número pequeño de los que lo presentan llegan a desarrollar una esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicòtico grave. Puede hacerse patente por primera vez en la infancia o adolescencia a partir de comportamientos *y* actividades solitarias, escasa relación con los compañeros, altas tasas de ansiedad social, hipersensibilidad, bajo rendimiento escolar, pensamiento *y* lenguaje peculiar *y* presencia de fantasías extrañas. Estos sujetos pueden parecer raros *y* ser objeto de las burlas de sus compañeros.

4.8. Etiología

A) Teorías familiares/genéticas

Una hipótesis importante sobre los trastornos de personalidad del grupo extraño es su inclusión en un supuesto "espectro de la esquizofrenia". Según esta teoría, los trastornos de la personalidad del grupo extraño son variantes fenotípicas leves de la esquizofrenia, con la que están asociados genéticamente. Aunque el parecido fenomenológico entre los trastornos de personalidad del grupo extraño *y* la esquizofrenia ha sido observado desde la época de Kraepelin (1921) *y* Bleuler (1924), la investigación sistemática de la hipótesis del espectro de la esquizofrenia comenzó en los años sesenta con los estudios pioneros daneses sobre adopción (Kety *et al,* 1975; Rosenthal *et al.,* 1968). Estos estudios demostraron unas mayores tasas de esquizofrenia y de "esquizofrenia límite" en los familiares biológicos de los sujetos esquizofrénicos adoptados por personas no esquizofrénicas y en la descendencia de individuos esquizofrénicos adoptados por otras personas, proporcionando unas primeras pruebas de la heredabilidad de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. La investigación posterior, incluyendo los reanálisis de los hallazgos originales de los estudios daneses de adopción, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III (Gunderson, Siever y Spaulding, 1983), ha tendido a apoyar una conexión genético/familiar entre la esquizofrenia y el trastorno esquizotípico de la personalidad (Nigg y Goldsmith, 1994; Torgersen, 1985). Con pocas excepciones, los estudios han encontrado un exceso del trastorno esquizotípico de la personalidad entre los familiares biológicos (incluyendo los gemelos idénticos) de los sujetos esquizotípicos y esquizofrénicos, apoyando la heredabilidad del trastorno esquizotípico de la personalidad y de su supuesta relación con la esquizofrenia (Nigg y Goldsmith, 1994; Siever *et al.,* 1991).

Aunque los estudios han apoyado generalmente la transmisión familiar del trastorno esquizotípico de la personalidad, el método de la trasmisión genética no está claro, aunque muchos investigadores han supuesto que es de naturaleza poligenética (Nigg y Goldsmith, 1994). Además, hay pruebas que sugieren que el trastorno esquizotípico de la personalidad puede ser un trastorno genéticamente heterogéneo, ha-

biendo solamente un subgrupo de pacientes que está ligado específicamente a la esquizofrenia. Los límites fenomenológicos de este subgrupo de pacientes esquizotípicos relacionados con la esquizofrenia no se ha delineado claramente (Niggs y Goldsmith, 1994).

B) Teorías biopsicosociales de integración

Millon (1969, 1981) ha formulado un modelo integrador del desarrollo de los trastornos de personalidad, en el que los factores genéticos/constitucionales, el modelado *y* el refuerzo social, *y* la retroalimentación recíproca sirven de lazo de unión entre la conducta del niño en desarrollo *y* su ambiente, desempeñando todos ellos papeles etiológicos importantes. Los síntomas esquizotípicos "positivos" transitorios pueden surgir en individuos con un patrón de personalidad esquizoide, como un intento restituidor para contrarrestar los sentimientos despersonalizados de vacío e indiferencia hacia los demás. Aunque el modelo integrador de Millon es atractivo, nunca se ha sometido, en lo que nosotros conocemos, a una comprobación empírica adecuada.

4.9. Evaluación

Los sujetos con TETP presentan un comportamiento inusual *y* unas ideas muy peculiares por lo que el terapeuta quedara sorprendido desde el primer momento de la interacción. El hecho de que el esquizotípico se percate de las dificultades que tiene el psicólogo para comprender y apreciar sus experiencias puede dificultar el vínculo terapéutico, por lo que mostrarse empático puede hacer que el sujeto comparta con el clínico sus experiencias y vivencias así como sus pensamientos más íntimos, pudiendo alcanzar un buen contacto con el paciente esquizotípico (Othmer y Othmer, 1996). Una vez que el clínico consiga su confianza, el sujeto no tendrá ningún problema en contestar a las preguntas que se le hagan. En sus respuestas se verá claramente cómo el esquizotípico hace asociaciones sorprendentes, que trascienden la realidad, por lo que sera difícil comprender lo que dice. En ningún momento debe el terapeuta rechazar su visión de las cosas, de lo contrario lo único que conseguirá es que el paciente se retraiga. La clave para entender a estos sujetos y conseguir que expliquen sus experiencias es la empatia, comprensión, consejo, apoyo y la escucha activa por parte del clínico, más que ahondar en las cogniciones del sujeto. Algunos terapeutas aseguran tener éxito cuando enseñan a los pacientes a pensar con más claridad y aquellos esquizotípicos que se dejen ayudar quizá establezcan por primera vez un verdadero contacto emocional, siempre que el terapeuta sea sensible y tolerante (Oldham y Morris, 1995). Es posible que el esquizotípico quiera saber si el terapeuta ha tenido vivencias similares a las que él experimenta. Manejar esta situación es una cuestión de relación y diálogo más que un problema.

Como instrumentos específicos para la evaluación de este trastorno de la personalidad se pueden utilizar el Cuestionario de Personalidad Esquizotípica *(Schizotypal Personality Questionnaire, SPQ;* Raine, 1991). Sobre instrumentos estandarizados para la evaluación de los trastornos de personalidad en general se puede utilizar las entrevistas estructuradas o algún instrumento de autoinforme, como el MCMI-III (Millon *et al.,* 1994).

4.10. Tratamiento

No parece haber muchos estudios empíricos sobre el tratamiento sistemático de pacientes con un TETP. Desde el punto de vista cognitivo-conductual, el *entrenamiento en habilidades sociales y* el *manejo del estrés,* utilizados de manera similar a la expuesta en el apartado del trastorno paranoide de la personalidad, pueden ser procedimientos muy útiles para enseñarles habilidades interpersonales que hagan más eficaz su interacción social, así como técnicas de control de la ansiedad que mejoren igualmente su expresión social (Turkat, 1990). Este autor relata el tratamiento de un caso de TETP donde el paciente había desarrollado una falta de confianza en su propio juicio. Como parte del tratamiento, se le enseñó que había muchos niveles de analizar la información, que una posible opción de ese análisis era realizar primero una buena observación y, a partir de ésta, hacer el juicio ateniéndose inicialmente a una descripción básica. Las tareas para casa incluían práctica a un nivel de análisis descriptivo y leer breves sinopsis científicas sobre descripciones operacionales (el paciente era un estudiante universitario). Luego, el paciente aprendió un método para comparar juicios, de forma que, ante un juicio negativo que hacían de él, tenía que dar primero una definición operacional, luego describir varios atributos en los que otras personas estuvieran de acuerdo que eran indicadores importantes del concepto y, finalmente, buscar indicadores del concepto en él mismo.

Para los pacientes con un TETP pueden ser útiles estrategias terapéuticas (y los fármacos) utilizadas para la esquizofrenia, dada la notable relación entre estas dos entidades clínicas. Así, Stone (1985) enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a modificar la hostilidad y antipatía de los sujetos con un TETP así como su forma de vestir, su forma de hablar y los hábitos extraños. Se les puede enseñar también a buscar trabajo, a mejorar su nivel educativo y a desarrollar aficiones. El autor anterior favorece un estilo activo, por parte del terapeuta, que tenga en cuenta la falta de humor de los esquizotípicos, su timidez o ansiedad social y su hipersensibilidad ante señales de no caer bien a los demás. Igualmente, debe tener en cuenta la falta en el paciente de una sensación de continuidad del tiempo o de las personas, tiene que comprender lo poco gratificantes que suelen ser las relaciones interpersonales para este tipo de individuos, siendo necesario ser concreto y prepararse para los problemas que tienen estos pacientes para generalizar lo que aprenden.

Beck y Freeman (1990) utilizaron el enfoque cognitivo-conductual para tratar el aislamiento social de un paciente con un TETP aislamiento que era producto de una serie

de respuestas emocionales a pensamientos disfuncionales sobre los demás. Esos autores plantearon cuatro estrategias básicas para el tratamiento del TETP:

1. Establecer una sólida relación terapéutica para reducir el aislamiento social; se propone igualmente aumentar la red social general del paciente.
2. Aumentar la adecuación social por medio del entrenamiento en habilidades sociales, donde se emplean estrategias conductuales (representación de papeles) y cognitivas; entre estas últimas se encuentra la identificación de los pensamientos automáticos y de las suposiciones subyacentes sobre la interacción con los demás.
3. Mantener las sesiones de terapia estructuradas para limitar el divagar y el habla extraña, identificando, además, una pequeña meta para cada sesión.
4. Enseñar al paciente a buscar pruebas objetivas en el ambiente para evaluar sus pensamientos, en vez de fiarse de sus propias respuestas emocionales. Es importante que el paciente aprenda a no hacer caso a sus pensamientos inadecuados y a considerar las consecuencias de responder emocional o conductualmente siguiendo esos pensamientos.

En el cuadro 4.9 se puede encontrar un resumen de las intervenciones cognitivo-conductuales utilizadas con este trastorno.

Cuadro 4.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TETP (Caballo, 2001).*

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Manejo del estrés.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Terapia cognitiva:
  - Sólida relación terapéutica para reducir el aislamiento social.
  - Entrenamiento en habilidades sociales.
  - Sesiones de terapia estructuradas.
  - Búsqueda de pruebas objetivas en el ambiente para evaluar sus pensamientos, en vez de fiarse de sus respuestas emocionales.

Tratamiento farmacológico

Los trabajos publicados sobre tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de personalidad del grupo A se han centrado fundamentalmente en el TETP, si bien muchos de estos pacientes cumplían también criterios para un trastorno límite de la personalidad. Los datos disponibles (Goldberg *et al.,* 1986; Serban y Siegel, 1984; Soloff *et al.,* 1986, 1989) sugieren que la administración de neurolépticos a dosis bajas produce

una mejoría de algunos de los síntomas (disfunción cognitivo-perceptiva y descompensación psicótica).

La eficacia clínica de los antidepresivos ha sido escasamente analizada en investigaciones con grupo control. La imitriptilina ha demostrado no sólo ser de poca utilidad para modificar los rasgos centrales de este trastorno, sino que incluso pude incrementar la hostilidad y los recelos paranoides en algunos pacientes (Soloff *et al.,* 1986, 1989). Por el contrario, la utilización de dosis altas de fluoxetina (80 mg/día) parece ir asociada a una mejoría de numerosos síntomas de los sujetos (Markovitz *et al,* 1991).

En el cuadro 4.10 se muestran las recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico del trastorno esquizotípico de la personalidad.

Cuadro 4.10. *Algunos fármacos que pueden ser de utilidad para síntomas característicos del TETP (Joseph, 1998; Navarro y Cavas, 2001).*

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ideas de referencia, alteraciones del pensamiento, paranoia	Antipsicóticos
Rasgos obsesivo/compulsivos, ansiedad social	Antidepresivos serotoninérgicos, clomipramina, IMAO
Síntomas deficitarios (retraimiento social, etc.)	Antipsicóticos atípicos, ISRS

4.11. Conclusiones y tendencias futuras

La clasificación del TETP dentro de los trastornos del eje II del DSM-IV-TR es, cuando menos, controvertida. La CIE-10 incluye dicho trastorno como un trastorno clínico más dentro del espectro de la esquizofrenia en el Eje I. Las relaciones entre el TETP y la esquizofrenia parecen apoyadas por datos empíricos. Los estudios genéticos y epidemiológicos sugieren que los trastornos de personalidad relacionados con la esquizofrenia pueden ser manifestaciones más frecuentes de genotipos que predisponen a los sujetos a trastornos relacionados con la esquizofrenia más que la propia esquizofrenia crónica. Es decir, que el espectro de la esquizofrenia pudiera incluir mas individuos con trastornos del Eje II que con trastornos del Eje I. Sin embargo, eliminar el TETP del Eje II e incluirlo en el Eje I podría plantear un precedente problemático. Cuestiones sobre si los trastornos de la personalidad paranoide o esquizoide deberían incluirse también en el Eje I con los trastornos esquizofrénicos; si el trastorno de la personalidad por evitación debería incluirse en los trastornos de ansiedad del Eje I; si el trastorno limite de la personalidad debería incluirse en los trastornos de control de los impulsos del Eje I; o si los trastornos depresivo o autodestructivo de la personalidad deberían incluirse en los trastornos del estado de ánimo del Eje I (Siever *et al.,* 1995). Los autores anteriores señalan que esas re-

laciones entre los trastornos de la personalidad del Eje II y los trastornos clínicos del Eje I son mucho menos claras que la relación existente entre el TETP y la esquizofrenia. Sin embargo, no hay que descartar la posibilidad de que al menos alguno de esos trastornos de la personalidad se encuentre relacionado estrechamente con el correspondiente trastorno del Eje I.

Un posible progreso en la clarificación de las relaciones entre el TETP y la esquizofrenia sería la consideración de un modelo dimensional de los trastornos relacionados con la esquizofrenia, que incluyese tanto los trastornos del Eje I como los trastornos del Eje II.

Por último, podemos señalar que los estudios fenomenológicos, genéticos y biológicos sugieren que el TETP es una entidad diagnóstica válida y que está relacionada con la esquizofrenia. Se necesita más investigación para explicar la naturaleza exacta de esta relación y para mejorar los criterios diagnósticos del TETP.

5

El trastorno antisocial de la personalidad

Vicente E. Caballo y Francisca López Torrecillas
Universidad de Granada (España)

5.1. Introducción

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) constituye hoy día un problema de gran interés debido a que su estudio, denotado por todos los psicólogos como de gran complejidad, ha sido retomado como reto (Sánchez, 2001). De todos los trastornos de la personalidad, el antisocial es el más conocido y el más estudiado empíricamente. Sin embargo, a pesar de la extensa investigación sobre este trastorno, sigue resultando bastante confuso. Dicha confusión se concentra en el diagnóstico y tratamiento (difíciles de realizar), así como en la utilización indistinta de otros conceptos sinónimos (criminalidad, sociopatía, psicopatía y trastorno disocial de la personalidad). Los términos psicopatía, sociopatía, trastorno disocial de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad se suelen emplear como equivalentes, por lo que gran parte de la literatura existente se ve limitada por el uso intercambiable de estas expresiones y por los diferentes métodos para determinar la población de estudio (Ávila-Espada y Herrero, 1995).

En este trastorno parece que "la maldad" y "la locura" se entremezclan. Se caracteriza por un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador y socialmente irresponsable, como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, la falsedad, la irritabilidad y la agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás e incapacidad para conservar un trabajo o cumplir sus obligaciones financieras. Además los individuos que se incluyen en este patrón presentan también ausencia de remordimiento. Son responsables de episodios de violencia y se encuentran representados en los criminales reincidentes, delincuentes sexuales, traficantes de drogas, estafadores, mercenarios, políticos corruptos, abogados sin ética, tiburones de las finanzas, vendedores sin escrúpulos, terroristas, líderes de sectas religiosas... Pero no todas las personas con este trastorno son criminales, en el sentido legal de la palabra, sino que una buena parte de ellas se las ingenia para evitar cualquier contacto con el sistema judicial, generalmente mediante la influencia de familiares y conocidos. Su notable encanto personal, su gran habilidad para operar al límite de la ley o explotar las debilidades del sistema legal, les

permite vivir en la sociedad de una manera aparentemente normal. De hecho, incluso son elogiados en nuestra sociedad competitiva, en la que la capacidad de actuar con dureza y saltarse las reglas se consideran un atributo necesario para la supervivencia. Pueden llegar a ser personas agradables y atrayentes. Sin embargo, su historial está lleno de mentiras, engaños, robos, peleas o consumo de drogas. Son calculadores y manipuladores y actúan siempre en su provecho. Piensan que los demás siempre están en su contra y su juicio suele ser distorsionado y poco fiable. La promiscuidad y el maltrato a la pareja o a los hijos son comportamientos también característicos de estos individuos (APA, 2000, Caballo, 2001b; Echeburúa, 1994; Hare, 1991).

5.2. Revisión histórica

El conocimiento de la personalidad antisocial remite a la época de Aristóteles, cuando un discípulo suyo señaló un tipo de personalidad que se corresponde con el concepto actual del TAP. En el siglo **XIX**, el psiquiatra francés Pinel (1801, 1806) lo denominó locura sin alteración mental, caracterizado por una tendencia de los pacientes a realizar actos impulsivos y autopunitivos, pero con una conciencia total de sus actos. Posteriormente, Kraepelin (1909, 1915) lo describió como déficit de los afectos o de la voluntad y lo dividió en diferentes grupos, uno de los cuales comprendía la personalidad antisocial. El término psicopatía tenía para la psiquiatría germana del siglo **XIX** el significado etimológico de deteriorado psicológicamente o anormal y las personalidades psicopáticas se consideraban como un grupo heterogéneo (dividido en diez tipos específicos), cuyas desviaciones o anormalidades de la personalidad eran la causa de sufrimiento para ellos y para los demás, excluyéndose explícitamente la conducta antisocial. Fue Schneider (1923-1950) el primero en sistematizar una clasificación de los trastornos de personalidad y proporcionar una base conceptual para su comprensión y clasificación.

La operacionalización de este concepto se incluye en la amplia categorización de los trastornos de la personalidad en la CIE-9 (OMS, 1978). De hecho, se consideraba el concepto de psicopatía como una descripción genérica de los trastornos de personalidad (básicamente los tipos descritos por Schneider), tanto si se expresaban en una conducta antisocial como si no. El Eje II de los trastornos de la personalidad del DSM-III (APA, 1980) es también equivalente a las personalidades psicopáticas en el sentido genérico de Schneider. Sin embargo, los criterios del DSM para la personalidad antisocial son predominantemente tipos de conducta antisocial, relegándose la mención a rasgos de la personalidad en unos cuantos ítems, sin peso específico para el diagnóstico. A este respecto, es considerado por muchos autores como un criterio de diagnóstico inconsistente (Wulach, 1983; Blackburn, 1992).

El término psicopatía, que significaba literalmente "patología psicológica", se mantuvo durante las tres primeras décadas del siglo **XX** para hacer referencia también a una categoría legal. Esta aceptación se deriva del significado otorgado por la psiquiatría anglo-americana como deterioro social o antisocial. A este respecto, Birnbaum (1914) su-

girió la necesidad de denominar a este trastorno como sociopatía, resaltando así que no todos los delincuentes presentaban rasgos inmorales, sino que su conducta podría ser atribuible más a dificultades de adaptación y de adquisición de normas comportamentales. Partridge (1930) hizo una revisión detallada del concepto de psicopatía planteándose como uno de los objetivos del estudio analizar si la sociopatía y la psicopatía eran sinónimos. Concluyó que el factor común entre ambos términos era la disposición a violar la conducta social. Cleckley (1941) ofreció una caracterización clínica, no analítica, del trastorno. Utilizó el término psicopatía y lo describió como la ausencia de sentimientos de culpa, incapacidad para amar, impulsividad, superficialidad emocional, trato social aparentemente agradable e incapacidad para aprender de la experiencia. Hare (1980, 1991) se basa en las descripciones propuestas por Cleckley (1941) y elabora una Escala de Psicopatía *(Psychopathy Checklist,* PCL). De esta escala surgen dos factores correlacionados. El primero parece representar una variante narcisista del patrón psicopático, que muestra tendencias hacia el egocentrismo, la superficialidad y la falta de remordimiento y empatia. El segundo factor parece estar más relacionado con las personas que presentan un estilo de vida claramente antisocial, que cometen actos delictivos desde la infancia y manifiestan una baja tolerancia a la frustración, un frecuente abuso de drogas, una forma de vida parásita, impulsividad y, con frecuencia, comportamientos delictivos. El estudio de Hare (1941) es corroborado por Millon (1981; 1983a; 1983b; 1984; 1990), añadiendo que este trastorno se manifiesta en que el individuo se centra en sí mismo, de dos formas diferentes, de manera activa y de manera pasiva. La manera pasiva de centrarse en sí mismo es más propia del narcisismo, mientras que la manera activa es más propia del TAP. Así, los trastornos antisocial y narcisista de la personalidad comparten algunas características, pero se diferencian en la falta de moralidad, propia del antisocial.

A partir de 1968, la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría (APA) introdujo el concepto de personalidad antisocial para definir la psicopatía dentro de los trastornos de personalidad. En las sucesivas ediciones del DSM (APA, 1980, 1987, 1994, 2000) se mantiene dicha operacionalización del trastorno, aunque, en cada una de las ediciones se modifican algunos aspectos relacionados con los criterios diagnósticos con el fin de aumentar la fiabilidad del diagnóstico, sustituyéndose así los términos diagnósticos como psicopatía y sociopatía. El intento de aumentar la fiabilidad de los criterios no ha acabado con la polémica acerca de los constructos psicopatía, sociopatía y trastorno antisocial. Aluja (1991), Esteban y Alonso (1995) y Widiger y Frances (1985b) sostienen que los criterios diagnósticos del DSM hacen referencia a un listado de conductas de naturaleza antisocial, delictiva y penal, más que a rasgos de personalidad. Craft (1966) afirma que al igual que no todos los psicópatas son delincuentes, todos los delincuentes no son psicópatas. Sin embargo, hay un solapamiento entre psicópatas y delincuentes, aunque no son sinónimos y ninguno de los dos términos es exclusivo del otro (Doren, 1987). Aún así, actualmente se siguen utilizando los términos de psicopatía y TAP indistintamente. Aunque este capítulo está centrado básicamente en el TAP, también se hará referencia a la psicopatía, dados los numerosos estudios empíricos que en la actualidad utilizan este constructo.

5.3. Estilo antisocial de personalidad: El tipo agresivo

A las personas con un estilo antisocial de la personalidad no les amedrentan las situaciones que asustarían a la mayoría de la gente. Viven al límite y su reto es llegar a donde nadie se ha atrevido a ir nunca. Son extravertidos y están continuamente ansiosos por experimentar emociones y desafíos extremos en cualquier ámbito de sus vidas. En el riesgo mismo encuentran la recompensa y se niegan a hacer nada por nadie a menos que entrañe alguna dificultad. No son sujetos que se preocupan demasiado por las consecuencias de sus actos y no necesitan de la aprobación de los demás, ya que tienen una gran fe en sí mismos. Las características típicas de este estilo de personalidad, según Oldham y Morris (1995), son las siguientes:

- No se dejan influir por los demás, ni por la sociedad, teniendo un código propio de valores.
- Se arriesgan continuamente en diferentes ámbitos de su vida.
- Son independientes y esperan que los demás lo sean también.
- Tienen mucho poder para influir y persuadir a los demás.
- Les encanta el sexo y practicarlo de formas distintas y con diferentes parejas.
- Apasionados por los viajes, intentan estar siempre en movimiento por distintos sitios.
- Prefieren ganarse la vida por su cuenta a los trabajos convencionales.
- Son generosos con el dinero.
- Durante la infancia y la adolescencia suelen hacer travesuras y cometer excesos.
- Tienen coraje para defenderse de aquellos que pretendan aprovecharse de ellos.
- Viven el aquí y ahora y no tienen remordimientos por lo pasado ni hacen planes para el futuro.

Los sujetos con un estilo antisocial no consideran que el miedo sea desagradable, sino más bien algo emocionante. Se dejan llevar por su ingenio y astucia y pueden resultar para los demás, en determinados momentos, bastante temerarios. No planifican ni anticipan nada, se limitan a enfrentarse a las cosas conforme van surgiendo. Son bastante optimistas y no les preocupa manejar alegremente el dinero hasta arruinarse, ya que piensan que en cualquier otro momento podrán volver a recuperarlo. El hecho de no tener autocontrol les puede resultar apasionante a corto plazo, pero sus consecuencias no son deseables muchas veces, y pueden acabar teniendo problemas económicos, con las drogas, e incluso físicos, debido a accidentes o a enfermedades de transmisión sexual. Son sujetos que expresan abiertamente sus sentimientos, y resultan en este sentido muy transparentes para los demás. No son nada convencionales y les encanta saltarse las normas, aunque también son buenos trabajadores si su tarea le ofrece nuevos retos y estimulación novedosa de forma continua. Son buenos compañeros y amantes, pero sólo consideran emocionante una relación en la medida en que les aporte placer y emoción, por lo que al cabo de un tiempo terminan cansándose. Tampoco se preocupan mucho por los sentimientos ajenos, pues consideran que cada uno es responsable de sí mismo y sólo son

capaces de salvar una relación si consideran que tiene sentido, no por presiones morales o por sentirse en deuda con la otra persona. A pesar de que en algunos casos los individuos con un estilo antisocial pueden llegar a tener una relación de pareja estable y duradera, por lo general son muy promiscuos y si se llegan a casar es probable que sean infieles constantemente.

Los antisociales necesitan a su lado a personas que le den mucho a cambio de poco. Los estilos de personalidad que se relacionan mejor con estos sujetos son aquellos donde se combinan rasgos histriónicos para avivar la sexualidad, autodestructivos, que proporcionan flexibilidad, y obsesivo-compulsivos, para otorgar el grado de responsabilidad que necesita una pareja. Sin embargo, si alguno de estos estilos se vuelve dependiente del antisocial o lo agobia, es probable que la relación se acabe. También forman buena pareja con los límite, ya que, al igual que con los histriónicos, su forma de vivir la sexualidad de forma apasionada y fugaz hace que congenien muy bien con los antisociales. Con los pasivo-agresivos podrían llevarse bien, aunque su forma de buscar el placer es demasiado pasiva para estos sujetos.

• Cómo relacionarse con un tipo antisocial

Es conveniente que las personas que se relacionen con un sujeto con un estilo antisocial le pregunten para saber qué opina él de esa relación. Es probable que sea muy simpático y estimulante, pero no quiere decir que quiera algo estable, ni siquiera que esté siendo fiel, por muy romántico que se esté mostrando mientras está con otra persona. Los demás tienen que saber que los individuos con un estilo antisocial probablemente no serán capaces de satisfacer las necesidades más convencionales de amor y cuidado cuando comparten intimidad con alguien. Hay que aceptarlos como son, ser flexibles y no intentar cambiarlos. Si alguien no está preparado para aceptar una relación poco convencional y no es capaz de darle libertad al otro, no podrá relacionarse sentimentalmente con un estilo antisocial. No hay que esperar que haga lo correcto, por lo que la otra persona deberá asumir las responsabilidades de la vida cotidiana, pero sin ser pasivo. Los antisociales tienen gran tolerancia para sustancias psicoactivas como el alcohol y las drogas, por lo que su pareja deberá tener claro sus propios límites y preferencias para no dejarse arrastrar ni hacer cosas de las que no está convencida. Estos sujetos no brindan el apoyo emocional que muchas personas necesitan, por lo que es aconsejable tener una gran autoestima para estar con uno de ellos. Algo importante es mantener el atractivo sexual y estar dispuesto a experimentar cosas nuevas, porque es un área vital para el tipo antisocial (Oldham y Morris, 1995). No obstante, si el sujeto no es un estilo sino que tiene ya desarrollado el TAP, los autores anteriores recomiendan que "aunque vaya en contra de sus principios no crea que puede confiar, ayudar, ni reformar a un sujeto antisocial. Recuerde que esa gente puede ser muy astuta y manipuladora. No se deje engañar. Proteja sus propios intereses y aléjese. Si no puede apartarse de esa persona, busque ayuda terapéutica para Vd." (Oldham y Morris, 1995, p. 251).

Cuadro 5.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno antisocial de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno disocial de la personalidad)
A) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes síntomas:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad.
1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.	*B)* Deben estar presentes al menos tres de los siguientes síntomas: 1. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar nombres falsos o estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.	2. Incapacidad para mantener, aunque no para establecerlas, relaciones personales duraderas.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.	3. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatia.
4. Irritabilidad y agresividad, tal como lo indican peleas físicas o agresiones constantes.	4. Muy baja tolerancia a la frustración y bajo umbral para descargas de agresividad, incluyendo reacciones violentas.
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.	5. Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.	6. Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
7. Falta de remordimientos, tal como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.	Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.
B) El sujeto tiene al menos 18 años.	Incluye: *Trastorno sociopático de la personalidad* *Trastorno amoral de la personalidad* *Trastorno asocial de la personalidad* *Trastorno antisocial de la personalidad* *Trastorno psicopático de la personalidad*
C) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.	Excluye: Trastornos disociales (en la infancia) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
D) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.	

5.4. El trastorno antisocial de la personalidad: diagnóstico

El DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) es un síndrome caracterizado por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o a principios de la adolescencia, continuando en la edad adulta. El cuadro 5.1 muestra los criterios diagnósticos que tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 establecen para este trastorno.

La diferencia sustancial entre los dos sistemas de clasificación estriba en que mientras que el DSM-IV-TR exige como criterio para diagnosticar un TAP que el sujeto haya presentado pruebas de un trastorno disocial antes de los 15 años de edad, la CIE-10 no lo propone como criterio esencial y simplemente afirma que la presencia de un trastorno disocial en la infancia podría apoyar el diagnóstico del TAP. Por otra parte, en la CIE-10 este síndrome está recogido con el nombre de trastorno disocial de la personalidad, pero aunque los criterios no son exactamente iguales a los del DSM-IV-TR, en líneas generales hace referencia al mismo trastorno.

5.5. Características clínicas

Los sujetos que presentan un TAP se caracterizan por buscar activamente el refuerzo a través de su realización personal (cuadro 5.2). Son personas ambiciosas, con aparente necesidad de controlar el ambiente en el que se mueven y que no suelen confiar en las habilidades de los demás. Es un tipo de personalidad agresivo que, en sus formas más leves, puede encajar en la sociedad e incluso ser alimentado por ella. Éste es el caso de algunos comportamientos como la competitividad, donde el ingenio y la dura lucha son

Cuadro 5.2. *Aspectos conductuales característicos del TAP.*

- Tienen un comportamiento agresivo, temerario, precipitado y espontáneo.
- Mantienen conductas impulsivas dirigidas hacia un objetivo.
- Se muestran arrogantes de forma continuada.
- Su conducta aparente puede ser encantadora.
- No mantienen las promesas ni los compromisos de honor.
- No suelen decir la verdad ni se puede confiar en ellos.
- Estimulan la compasión de los demás diciéndoles lo que quieren escuchar.
- Discuten con facilidad.
- No son cooperativos y provocan peleas.
- Son vengativos y beligerantes con quienes consideran sus enemigos.
- Desarrollan comportamientos fraudulentos o ¡legales, como si las normas de conducta no se aplicasen a ellos.
- No se inhiben ante un peligro.
- Buscan sensaciones nuevas continuamente.
- Tienen una conducta oposicionista que dificulta las relaciones interpersonales de larga duración.
- Reaccionan mal ante las derrotas.
- Se muestran resistentes a la autoridad.

factores muy valorados. Sin embargo, cuando la personalidad antisocial es muy acusada, suele entrar en conflicto con las normas sociales y los derechos de los demás y es probable que en un momento u otro tenga problemas con la ley.

Los individuos con un TAP presentan incapacidad para planear sus conductas, actuando de forma precipitada y espontánea, sin analizar las consecuencias negativas y sin tener en cuenta los deseos de los demás. Su conducta, cuando está orientada hacia una meta u objetivo, suele resultar eficaz. Cuando los acontecimientos no ocurren de acuerdo con sus intereses se muestran muy desagradables, aunque no pierden la arrogancia típica que les caracteriza. Con el fin de obtener lo que desean, estimulan la compasión del otro, lo seducen y dicen lo que quiere oír o lo que les va a llegar al corazón. Se inmiscuyen en la vida de personas que les rodean y violan sus derechos. Discuten con facilidad e ignoran los sentimientos de los demás. Atormentan y abusan de las personas que obstaculizan sus intenciones. En vez de arreglar problemas se preocupan de vengarse, no son cooperativos y provocan peleas. No necesitan a nadie para estimularse la autoestima ni para dar sentido a su vida, no hacen sacrificios por nadie y tienen muy poca compasión por los demás. Transgreden las normas sociales establecidas a través de comportamientos fraudulentos o ilegales. Conocen bien el sentido moral y legal, pero no lo ponen en práctica. Son incapaces de persistir en responsabilidades (laborales, conyugales, económicas y personales) y dada su tendencia oposicionista, les resulta difícil establecer relaciones interpersonales por mucho tiempo en las distintas áreas de su vida. Para hacer que sus comportamientos más reprobables sean aceptados por los demás, suelen inventar explicaciones sobre su triste infancia o sus desgracias pasadas. Suelen negar cualquier responsabilidad ante comportamientos reprobables o explican que tales acontecimientos no existieron nunca, percibiéndose a sí mismos como víctimas reales de tales situaciones. Si sus razonamientos no convencen a los demás o alguien los descubre en mentiras repetidas, suelen adoptar un aire de inocencia, afirmando, sin ningún indicio de vergüenza, que han sido acusados injustamente. Su tendencia a mostrarse resistentes con la autoridad y a transgredir normas sociales aumenta sus posibilidades de llegar a desarrollar un expediente criminal y cuando realizan cualquier conducta que está al límite de la ley, se defienden diciendo que los demás lo hacen también o que todo lo que hay en la sociedad es corrupto.

Los sujetos con TAP se caracterizan por un deseo permanente de alcanzar satisfacción inmediata, con una marcada predisposición a buscar desafíos. Su idea de que el medio externo es amenazante y que los demás no son de fiar los hace permanecer vigilantes y sospechar de las muestras de afecto de los otros, creándose, además, la necesidad de control de los factores del ambiente en el que se desenvuelven. Presentan despreocupación absoluta de sus actos con las personas de su entorno (amigos, familiares, empleados, etc.), aunque verbalizan su preocupación por estas personas. No son de fiar, usan y abusan de otras personas, se aprovechan de ellas y lo hacen sin remordimientos. Suelen ser astutos para descubrir los puntos débiles de los demás y con respecto a quienes consideran sus enemigos pueden llegar a ser muy vengativos y humillantes. Construyen e interpretan el mundo según creencias que carecen totalmente de valores éticos y morales. Desprecian las normas sociales y los valores convencionales. Consideran que el mundo es un

Cuadro 5.3. *Aspectos cognitivos característicos del TAP.*

- Presentan patrones cognitivos rígidos e inflexibles.
- No son capaces de hacer planes a largo plazo.
- No suelen temer al castigo.
- Son incapaces de aprender de las consecuencias negativas de sus acciones.
- Falta de consideración por los derechos de los demás.
- Gran confianza en sí mismos y desconfianza en los demás, a los que considera equivocados.
- Creencias que carecen de valores éticos o morales.
- Ven a las demás personas como objetos de los que se puede usar y abusar
- Desprecio por las normas sociales.
- Ausencia de empatia y de remordimientos cuando utilizan a los demás.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Vulnerables al aburrimiento.
- Incapaces de demorar el refuerzo.
- Carencia de introspección.
- Poseen pocos sentimientos de lealtad interpersonal.
- Perciben el medio externo como hostil y amenazante.
- Permanecen vigilantes la mayor parte del tiempo.
- Suspicaces ante la compasión y el altruismo de los demás.
- Necesidad de controlar el ambiente.

lugar hostil; por tanto, para ellos, la supervivencia exige creencias centradas en la "ley del más fuerte". Estas personas mantienen la claridad y la lógica de sus capacidades cognitivas. Lo que está alterado no es su capacidad de juicio de valores, sino de ética. Son incapaces de ponerse en el lugar del otro, sólo lo hacen en un sentido puramente racional. No pueden entender los sentimientos de los demás. Ante cualquier situación, evalúan sus deseos personales por encima de los intereses o deseos de los demás, sin respetar sus derechos, provocando una situación de la cual sólo ellos merecen recibir ventajas. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan un conjunto de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 5.4.

Las características emocionales del TAP se reflejan en el cuadro 5.5. Estos sujetos rara vez establecen una relación de pareja profunda, cariñosa y responsable, ya que su capacidad de amar o solidarizarse es tan limitada que raramente pueden mantener una relación durante más de un año con una sola persona. Su disposición emocional es irritable y agresiva; de temperamento fuerte, agresivo, impulsivo, intrépido y arriesgado, se manifiesta en su pasión por la vida orientada hacia la búsqueda de sensaciones. Incapacidad para apreciar los sentimientos de otras personas o para entender el sufrimiento que genera su comportamiento. Su baja tolerancia a la frustración les hace ponerse furiosos ante cualquier indicio de pérdida del control sobre el ambiente en el que se mueven. Carecen de empatia o remordimiento. Son perspicaces y manipuladores y han aprendido la mecánica emocional de la comunicación interpersonal. No experimentan emociones, hablan de ellas de oídas. Junto a una apariencia fría y distante manifiestan episodios drásticos de afectividad, que no son sino exhibiciones de falsa emotividad.

Cuadro 5.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TAP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"La única forma de sobrevivir es siendo autosuficiente."	Sobregeneralización	Autosuficiencia
"La fuerza o la astucia son los únicos medios para hacer las cosas."	Sobregeneralización	Superioridad
"Vivimos en una selva en la que sólo sobreviven los más fuertes."	Sobregeneralización	Control del entorno Autosuficiencia
"Me golpearán a mí si no golpeo primero."	Adivinación del futuro	Hostilidad del entorno
"No es importante cumplir las promesas ni pagar las deudas."	Sobregeneralización Minimización	Explotación del entorno
"He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde."	Personalización Afirmaciones de "tengo que..."	Estar en su derecho
"Los otros son débiles y merecen que los dominen."	Etiqueta global	Explotación del entorno
"Debo hacer todo lo necesario para conseguir lo que quiero."	Afirmaciones de "debería" Justificación	Estar en su derecho
"Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí."	Adivinación del pensamiento	Hostilidad del entorno
"Puedo hacer las cosas y no tengo que preocuparme por las malas consecuencias."	Idealización extrema	Autosuficiencia Superioridad
"Lo que los demás piensen de mí no tiene ninguna importancia."	Pensamiento dicotòmico Minimización	Autosuficiencia

Dado que los sujetos con TAP son personas impulsivas, agresivas *y* que no temen las consecuencias negativas de sus actos, es probable que su actitud temeraria les haga aumentar la probabilidad de sufrir algún accidente con consecuencias para su salud física, que se puedan ver envueltos en reyertas con otras personas o incluso que se excedan en el consumo de sustancias tóxicas.

Cuadro 5.5. *Aspectos emocionales característicos del TAP.*

- Impulsividad, intranquilidad, irritabilidad, ira, hostilidad.
- Ausencia de sentimientos de cordialidad e intimidad.
- Emocionalmente vacíos, fríos.
- Frustrados ante la pérdida de control del ambiente.
- Humor irascible.
- Hostilidad y agresividad fácilmente activadas.

Cuadro 5.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TAP.*

- Complicaciones debidas a posibles accidentes, al consumo de drogas y/o a peleas.
- Mayor riesgo de contraer el VIH.
- Poca preocupación por su salud, acudiendo al médico en casos extremos.

Cuadro 5.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Comisión de delitos que le pueden llevar a prisión.
- Puede engañar a personas cercanas prometiéndoles dinero fácil o la rápida obtención de fama o notoriedad.
- Puede abusar de la pareja o de los hijos, dándose a veces el maltrato.
- Raramente mantienen relaciones íntimas estables o duraderas.
- Consumo de drogas.
- Conducción temeraria bajo los efectos del alcohol o drogas.
- Conducta laboral inconsistente.

Cuadro 5.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TAP.*

Visión de uno mismo
- Solitario, autónomo, fuerte, independiente.

Visión de los demás
- Hostiles, desafiantes.
- Vulnerables, individuos a ser explotados.

Estrategia principal
- Agrede, miente, roba, engaña.
- Manipula, seduce, exige.

En el cuadro 5.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad antisocial puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado no tan frecuentemente

El cuadro 5.8 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TAP.

5.6. Epidemiología y curso

Existen grandes dificultades para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre el TAP; entre ellas, cabe destacar que este tipo de personalidad se acompaña de una conciencia del trastorno nula, por muy inadaptado que esté el sujeto. Acceden al tratamiento en circunstancias muy diversas, de acuerdo con su particular combinación de conducta criminal y psicopatológica, siendo relativamente frecuente que estén en prisión. La incidencia de dicho trastorno en la población normal es de 1% a 3% y del 3 a 30% en muestras clínicas (APA, 2000). Los incrementos más notables se encuentran en estudios con muestras de personas ingresadas en la cárcel, en las que las tasas de prevalencia se disparan hasta llegar a cifras en torno al 75% (Hare, 1980). Se considera que la prevalencia del TAP es más elevada en hombres que en mujeres. El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala una prevalencia del 3% en los varones y del 1% en las mujeres en las muestras de la población general.

El TAP parece ir ligado al bajo estatus socioeconómico y al medio urbano, aunque los clínicos han de tener en cuenta el contexto socioeconómico y cultural de los sujetos antes de realizar este diagnóstico debido a la posible confusión entre el TAP y algunas conductas similares a las antisociales que puede llegar a realizar un sujeto por simple estrategia protectora de supervivencia (APA, 2000).

El curso del TAP es crónico, aunque puede ir remitiendo o haciéndose más leve a medida que el sujeto va teniendo más edad, especialmente hacia la cuarta década de la vida. La mejoría es más evidente cuando el sujeto deja de actuar de forma delictiva, pero además es probable que disminuya el espectro también para los demás comportamientos antisociales así como para el consumo de sustancias psicoactivas (APA, 2000).

5.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

A la hora de hacer el diagnóstico diferencial del TAP con otros trastornos del Eje I hay que tener en cuenta que si aparece asociado a un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, no se diagnosticará el TAP a menos que se cumpla el criterio relacionado con el hecho de que debe haber presentado los signos del trastorno antisocial en la infancia y que éstos no hayan remitido hasta la edad adulta. Si el comportamiento antisocial aparece sólo en el transcurso de una esquizofrenia o episodio maníaco no deberá ser diagnosticado tampoco como TAP. Con respecto al diagnóstico diferencial con otros trastornos de la personalidad, hay que señalar que a pesar de que el TAP comparte las ca-

racterísticas de dureza, falta de sinceridad, superficialidad, falta de empatia y conductas explotadoras con el trastorno narcisista de la personalidad (TNP), este último no presenta características como la impulsividad, la agresión o el engaño ni suele haber presentado comportamientos delictivos. La impulsividad, superficialidad, imprudencia, manipulación, la búsqueda de sensaciones y la actitud seductora son rasgos que el TAP comparte con el trastorno histriónico de la personalidad (THP), pero los sujetos histriónicos no sólo son más exagerados emocionalmente, sino que no llegan a involucrarse en actos delictivos ni antisociales. Tanto los sujetos con un THP como los que padecen un trastorno límite de la personalidad manipulan a los demás, pero para captar su atención, mientras que los antisociales lo hacen para obtener beneficios, como poder u otros bienes materiales (APA, 2000).

Con respecto a la comorbilidad del TAP con otros trastornos, podemos señalar que el incremento de estudios de comorbilidad empezó a cobrar fuerza debido a la relación entre los trastornos de personalidad y las conductas adictivas. Diversos estudios mostraron que aproximadamente dos tercios de los adictos a los opiáceos presentaban algún tipo de trastorno de la personalidad, siendo el TAP el predominante (presente en casi la totalidad de los estudios efectuados a tal efecto) (p. ej., Arias, López-Ibor y Ochoa, 1997; Ball, Kranzler, Tennen, Poling, Rousanville, 1998; Cangas y Olivencia, 1999; 2001; Rousaville, Weissman, Wilber y Kleeber, 1982; Seivewright y Daly, 1997; Skodol, Oldman y Galleher, 1999; Tejero y Casas, 1992). El estudio de la incidencia de los trastornos de personalidad en adictos se remonta a los años sesenta, cuando Hekimian y Gersthon (1968) analizaron a 22 heroinómanos, observando que el 50% de ellos presentaba una personalidad que los autores definieron como sociopática. La relación establecida entre adicción y sociopatía se puso en cuestión con el trabajo de Vaillant (1975), en el que el autor critica las supuestas características psicopáticas atribuidas a los adictos a la heroína. Rounsaville, Weissman, Wilber y Kleeber (1982) encontraron que un 29% de su muestra, adictos a opiáceos, podía ser diagnosticado con un TAP; según los autores, la dependencia de opiáceos y de otras sustancias psicoactivas podría ser considerada como una manifestación de este trastorno de personalidad, aunque sólo como una parte de un patrón conductual más amplio. La inestabilidad afectiva de los adictos con trastorno de personalidad podría convertirse en un trastorno del Eje I. Otros estudios (Calsyn, Fleming, Wells, Saxon, 1996; Gutiérrez, Sáez, González, Fernández y Bobes, 1998; Khantzian y Treece, 1985; Kosten, Rousanville, Kleeber, 1982; Sánchez, 2001; San Narciso *et al.,* 1998; Solé, Guerra, Cami y Tobeña, 1984) encontraron tasas, entre el 22% y el 61% de drogodependientes, que presentaban criterios para el diagnóstico de TAP.

La investigación sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad relacionados con el juego patológico, comenzó en la década de los años noventa y los resultados suscitan bastante interés debido a las altas tasas (71,4%) (Lesieur y Blume,1990) de jugadores patológicos y a quienes los rasgos antisociales aparecen con una frecuencia del 35% al 40% (Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Cunningham, Cottler, Comptom y Spitznagel, 1998) en estudios epidemiológicos. Con respecto a los trastornos del Eje II, parece que el TAP presenta comorbilidades con el trastorno narcisista de la personalidad, el histriónico y el límite (Hare, 1991; Nedopil, Hollweg, Hartmann y Jaser, 1998). Se

ha comprobado también la aparición de comportamientos antisociales en sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad (TPP) motivados por su deseo de venganza (APA, **2000**).

5.8. Etiología

Aunque existen indicaciones sobre la naturaleza biológica que predispone a la adquisición de un patrón antisocial de personalidad, los factores psicológicos y sociológicos influyen de manera importante en el moldeamiento del carácter de las personas, en la forma en que se expresan las disposiciones de la personalidad o en la propia historia de aprendizaje del sujeto (Avia, 1989; Ávila-Espada y Herrero, 1995; Echeburúa, 1994; Millon 1983a; Millon, 1990).

A) Factores biológicos

En este apartado nos vamos a centrar en algunos estudios que demuestran que la presencia de factores biológicos predispone al desarrollo del TAP. Vamos a dividir los factores biológicos en factores genéticos, congénitos, patrones hormonales, patrones de neurotrasmisión, factores neuropsicológicos y niveles de activación. Dado que existe cierta solidez empírica que sostiene que la hiperactividad es un factor de riesgo antecedente del TAP, vamos a hacer mención a algunos resultados de estos estudios. Con respecto a los niveles de activación, comentaremos las investigaciones realizadas en el campo de la Psicofisiología, que vinculan la biología con la violación de las normas sociales y que están asociadas al constructo de psicopatía propuesto por Cleckley (1976) y secundado por Hare (1980; 1981; 1991) y Patrick (1994).

El papel que desempeñan los factores genéticos en el desarrollo del TAP ha sido estudiado de manera pormenorizada (Andreasen y Black, 1995; Baker, 1986; Wozniak, Biederman, Faraone, Blier y Monuteaux, 2001). Tener un padre sociopático o alcohólico predice el TAP en la vida adulta. La criminalidad de los padres es un factor de riesgo para la delincuencia de la descendencia cuando se combina con un bajo estatus social.

Otros estudios realizados con gemelos (Faraone, Biederman, Keenan y Tsuang, 1991a; 1991b; Faraone, Biederman, Chen y Milberger, 1995; Faraone, Biederman, Jetton, Tsuang, 1997; Faraone, Biederman, Mick, Williamson, Wilens, y Spencer, 2000) indican que los factores genéticos son particularmente importantes en conductas relacionadas con la hiperactividad en edades más tempranas y en el TAP en la edad adulta. Sin embargo, de estos estudios se deduce que los factores genéticos pueden variar en cuanto a la capacidad de las influencias ambientales.

Con respecto a los factores hormonales que predisponen al TAP, se ha propuesto (Dabbs y Morris, 1990) que alteraciones en la glándula tiroidea producen niveles elevados en la testosterona, pudiendo causar trastorno de hiperactividad con déficit de atención y comportamiento agresivo en edades más tempranas, así como TAP en edad adulta. Se relaciona, por tanto, el TAP con niveles elevados de testosterona.

En lo referente a los patrones de neurotransmisión, algunas aproximaciones han encontrado que la dopamina y la serotonina están relacionadas con el comportamiento antisocial. Niveles bajos de serotonina y altos en dopamina se asocian con comportamientos agresivos, violentos e impulsividad del TAP (Bassareo, Tanda y Di Chiara, 1995).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de inicio temprano, supone un riesgo para el desarrollo del TAP. El estudio más amplio (Robins, 1966), con un seguimiento de 30 años, demuestra la presencia de sintomatología del TAP, como comportamientos delictivos, desadaptación social y/o delicada salud física, en adultos que habían sido diagnosticados en su infancia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Este estudio está avalado por otras investigaciones (Biederman, Munir y Knee, 1987; Biederman, Wilens, Mick y Milberger, 1995; Biederman, Mick, Faraone, y Burback, 2001; Fonseca, Simoes, Rebelo y Ferreira, 1995; Herrero, Hechman y Weiss, 1994; Menuck, 1991) en las que se demuestra que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno antisocial de personalidad están relacionados. Esto significa que el diagnóstico de hiperactividad persiste en el tiempo. Una de las manifestaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad consiste en la dificultad o imposibilidad para inhibir o retrasar las respuestas conductuales (descritas como impulsividad), estando implicados en esta función la corteza prefrontal, los circuitos fronto-estriales y los mecanismos dopaminérgicos y serotoninérgicos implicados en esta función. Destaca el papel de la corteza prefrontal derecha en las respuestas supresoras a los estímulos llamativos aunque irrelevantes. Los estudios realizados (Navarro y Espert, 1998; Zametkin *et al.,* 1993) con medidas volumétricas y técnicas de neuroimagen estructural, han encontrado que los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan una reducción en las estructuras prefrontales y en los ganglios basales, así como un descenso en la actividad metabòlica del lóbulo frontal anterior izquierdo.

Otra línea de investigación sugiere la existencia de una disfunción del lóbulo frontal en aquellos sujetos con TAP. Raine, Brennan, Farrington, Mednick (1997); Raine, Buchsbaum, La Casse (1997); Raine, Meloy, Bihrle, Stoddard, Lacasse, Buchsbaum (1998); Raine, Lencz, Bihrle, Lacasse, Colletti (2000) y Raine *et al.* (en prensa) encontraron que un grupo de sujetos con TAP mostraba un volumen de materia gris prefrontal un 11% menor que un grupo de sujetos normales, en ausencia de lesiones cerebrales claras. También se ha encontrado una reducción del metabolismo de la glucosa en el córtex prefrontal y asimetrías anormales en la amígdala, el hipocampo y el tálamo. Estos déficit predecían la pertenencia al grupo, independientemente de los factores psicosociales de riesgo. Los autores señalan que estos hallazgos proporcionan la primera evidencia de un déficit cerebral estructural. Dicho déficit estructural prefrontal podría explicar la baja activación ante la presencia de estímulos estresantes, la ausencia de condicionamiento al miedo, la falta de atención y el déficit en la toma de decisiones, elementos que caracterizan el TAP. En esta misma línea, Siever, Klar y Coccaro (1985) afirman que los individuos con trastorno antisocial de la personalidad presentan menor activación cortical, aunque una mayor desinhibición motora, por lo que tienden a actuar antes de analizar las consecuencias de su conducta. Debido a que el lóbulo frontal está implicado en las funciones cognitivas complejas, se le atribuye el papel esencial en aspectos como la planificación a largo

plazo, la organización de objetivos y subobjetivos, la atención, la aparición y el desarrollo de operaciones formales de pensamiento, la conducta social y el juicio ético y moral. Price, Daffner, Store y Mesulam (1990); Damasio y Anderson (1993) y Elliott y Gillett (1992) han afirmado que las deficiencias en la actividad del lóbulo frontal ayudan a explicar la falta de atención a la moralidad, característica típica de los individuos con un TAP. Algunos individuos con alteraciones en el lóbulo frontal y temporal presentan un mayor grado de comportamiento antisocial (agresividad, obscenidades y robos) y conductas impulsivas. Los tipos de déficit, que tanto en clínica como en investigación se atribuyen a lesiones del lóbulo frontal, incluyen alteraciones emocionales y conductuales tales como apatía, desinhibición, ausencia de afectividad, labilidad emocional, ausencia de conciencia de la enfermedad y problemas cognitivos (atención, memoria, pensamiento abstracto y funciones ejecutivas). También se considera que los déficit en estas funciones son la principal causa de los trastornos emocionales, sociales y laborales de los afectados por una lesión cerebral (Bechara *et al.,* 2001; Bechara, Damasio y Damasio, 2000; London *et al.,* 2000; Rogers *et al,* 1999).

Como hemos visto, los estudios más recientes señalan la existencia de alteraciones en las funciones del lóbulo frontal, pudiendo afectar a la iniciación y planificación de las conductas orientadas a metas, a la anticipación de contingencias de refuerzo y castigo y a los sistemas motivacional y emocional de los sujetos con un TAP.

Las investigaciones sobre la actividad cerebral parten de la teoría de Cleckley (1976). Desde esta perspectiva experimental se han encontrado discrepancias en el lenguaje de los psicópatas; es decir, mientras que los sujetos normales reaccionan claramente a la dimensión emocional de frases o de imágenes, los psicópatas no lo hacen. Williamson, Harpur y Hare (1991) llevaron a cabo una tarea de decisión léxica, presentando cadenas de letras que podían ser palabras emocionales (positivas y negativas), palabras neutras y pseudopalabras, encontrando que los psicópatas mostraban una menor actividad electrocortical en las palabras con carga emocional, en comparación con sujetos normales. Concluyeron, por tanto, que la psicopatía está asociada con un procesamiento anormal del material verbal con contenido emocional. Además, los psicópatas tampoco consiguen distinguir entre palabras neutras y palabras que contienen carga emocional, como lo hacen los sujetos normales en el habla habitual. Louth *et al.* (1998); Neville, Kutas, Chesney y Schmidt (1986) y Rugg (1987) encontraron que ante palabras con carga emocional, los sujetos normales respondían de forma rápida y mostraban potenciales evocados de mayor amplitud; sin embargo, los psicópatas no presentaban esta facilitación, comportándose igual ante palabras con carga emocional que ante palabras neutras.

Los estudios del flujo sanguíneo cerebral, que inciden en los patrones de procesamiento de información en el córtex, han desvelado que el procesamiento de las palabras emocionales difiere entre los psicópatas y los no psicópatas (Intrator, Hare, Strizke, Brichtswein, 1997), concluyendo que los primeros muestran una incapacidad para reconocer el significado emocional de los estímulos ante procesamiento de información con contenido emocional (Lang, Bradley y Cuthbert, 1997, 1998; Patrick, 1994).

La ausencia emocional es una característica central que Cleckley (1976) resaltó cuando describió la psicopatía. Cleckley (1976) mantenía que el verdadero psicópata era in-

capaz de experimentar emociones, tanto positivas como negativas. Sin embargo, otros autores (Patrick, Bradley y Lang, 1993; Patrick, Zempolich y Levenston, 1997) han encontrado que la psicopatía se caracteriza por una deficiencia en la reactividad emocional negativa, que no afecta a la capacidad para experimentar emociones placenteras. Específicamente, se postula (Fowles, 1980; Gray, 1987; Hare, 1978; Lykken, 1957; 1995) que el déficit conductual y emocional que caracteriza a la psicopatía es consecuencia de una insensibilidad a las señales de castigo (hipoactividad del sistema motivacional aversivo-defensivo), lo que provoca la ausencia de respuestas de ansiedad o miedo necesarias para una adecuada socialización. A este respecto, Arnett (1997), Newman y Wallace (1993) y Patrick y Lang (1993) sostienen que los psicópatas presentan incapacidad para experimentar miedo o ansiedad. Esta idea se basa en los estudios que han realizado con los paradigmas de aprendizaje de evitación pasiva y de condicionamiento de estímulos aversivos, encontrándose, en el primer caso, que los psicópatas experimentan déficit de aprendizaje de evitación pasiva y, en el segundo caso, un menor nivel de activación electrodérmica durante la anticipación o el condicionamiento de estímulos aversivos.

De los estudios psicofisiológicos se deduce que los psicópatas tienen problemas de activación fisiológica. Las reacciones fisiológicas están muy relacionadas con la experiencia de las emociones, sobre todo, del miedo. Los psicópatas son incapaces de activarse (aumentar la tasa cardíaca, inhibir el reflejo de sobresalto), mientras que los sujetos normales aumentan la tasa cardiaca y/o inhiben el reflejo de sobresalto cuando anticipan la aparición de estímulos aversivos (ruido intenso, descarga eléctrica, etc.). La tasa cardíaca y la inhibición del reflejo de sobresalto de los psicópatas suelen permanecer igual o sólo aumentan en el último momento. Esta menor activación basal del sistema nervioso autónomo permite predecir que los psicópatas presenten un déficit en el reconocimiento del significado emocional ante la estimulación aversiva así como un déficit atencional en las primeras etapas del procesamiento de la información con contenido emocional aversivo o negativo.

B) Factores ambientales

Entre los factores evolutivos y ambientales que contribuyen a la génesis del TAP, destacaremos los factores familiares y los relacionados con el aprendizaje. La familia ha recibido una amplia atención por ser el lugar en el que se desarrollan una serie de procesos, que pueden entenderse como antecedentes del TAP. El papel de las pautas de crianza, por lo que se refieren al uso de estrategias más o menos punitivas en el control disciplinario, el uso excesivo del castigo, la incoherencia, los diferentes niveles de supervisión parental (se ha determinado lo inadecuado de las estrategias de "dejar hacer"), la hostilidad, el consumo de drogas, los trastornos afectivos parentales, la delincuencia familiar, la discordancia familiar, los conflictos conyugales, la violencia física, las separaciones o divorcios y la falta de afecto, producen déficit en los modelos parentales (Clark, Parker, y Lynch, 1999; Clonninger, Svrakic y Przybeck, 1993; Goldman, D'Angelo y DeMasso 1993; Kendler, 1995; McClellan, Werry y Ham, 1993). Así, los niños que sufren de negligen-

cia, indiferencia e incluso hostilidad, van a percibir su mundo como un lugar frío y desolador y van a presentar falta de sensibilidad humana y de sentimientos de apego; además, estos niños empiezan a incorporar resentimientos, un modelo parental de indiferencia y falta de empatia. No es que hayan aprendido a negar los vínculos humanos, sino que nunca los han experimentado lo suficiente como para obtener satisfacción de las relaciones íntimas. Los hábitos como la indiferencia social y la explotación personal se producen por carecer de convivencia con sentimientos positivos de los otros (Millon y Davis, 2000). La falta de figuras parentales o la ausencia del padre implican ausencia del modelo y de la figura de la autoridad, a causa de lo cual el niño explota el mundo sin la guía y las limitaciones que se derivan del afecto y del control parental.

El aprendizaje, en esas edades tempranas, es considerado en cuanto a persistencia y continuidad de los aprendizajes en sus muy variadas modalidades (resistencia a la extinción, aprendizaje presímbólico, aprendizaje aleatorio, aprendizaje generalizado, refuerzo social, experiencias repetitivas, refuerzo recíproco, estereotipos sociales, autoperpetuación, constricción protectora, distorsión perceptiva o cognitiva, generalización de la conducta) y teniendo en cuenta las áreas y fuentes patógenas del aprendizaje que puede surgir: por la manera en la que se ejerce el control de la conducta, por el estilo de comunicación, proclives a la formación patológica, por el mismo contenido de los aprendizajes, que pueden ser inadecuados, por las determinaciones patológicas de la estructura familiar o por las experiencias traumáticas que se atraviesan en el desarrollo.

El refuerzo de la conducta agresiva y vengativa es particularmente potenciado por la disminución del control de los impulsos. La autoperpetuación del patrón es posible por la combinación de múltiples factores, entre los que destacan el desprecio por el afecto y la cooperación interpersonal, las distorsiones perceptivas consistentes con ella, la hostilidad percibida de los otros como respuesta a sus actitudes agresivas, las experiencias de sentirse inferior y el temor a la dominación y explotación por parte de los otros. Las acciones defensivas están movidas por la necesidad de venganza y el deseo de dominar y humillar a los demás: ésta es la fuente de placer de los individuos con un TAP. La autonomía y la dominación son formas de aliviar los sentimientos de injusticia del pasado.

5.9. Evaluación

Para la realización de una evaluación completa del TAP, además de utilizar los criterios diagnósticos mencionados en el apartado de diagnóstico y los autoinformes que vamos a tratar en este apartado, es necesario realizar una biografía del paciente, que debe incluir una reseña de las relaciones, los logros en el estudio y el trabajo, el servicio militar, la lista de detenciones y condenas, así como las circunstancias de su vida, su salud física, la historia de su consumo de drogas y la concepción de sí mismo. Conviene conseguir también fuentes adicionales de datos, para no tener que confiar exclusivamente en el punto de vista del propio paciente; en este contexto, es necesario contar con la familia, los amigos, la pareja, etc.

Los instrumentos actualmente disponibles para la evaluación del TAP se pueden dividir en cuestionarios autoinformados y entrevistas clínicas estructuradas. En este apartado vamos a revisar los más utilizados para la evaluación del trastorno, mencionando también el criterio de evaluación de Ckecley para medir psicopatía *y,* finalmente, dadas las últimas investigaciones que relacionan el TAP con las funciones ejecutivas del lóbulo frontal, reseñamos una propuesta de evaluación para las mismas.

A) Medidas de autoinforme

— *Escala para la Evaluación del Trastorno Antisocial de la Personalidad* (ETAPA) (Aluja, 1986). Consta de 47 ítems, cuyo contenido se ajusta a los criterios diagnósticos del DSM-III. Chico (1993) señala que esta escala tiene 3 factores: el primero mide la conducta agresiva, con una fiabilidad de 0,85; el segundo mide desestructuración social, con una fiabilidad de 0,80 y el tercer factor mide desestructuración escolar, con una fiabilidad de 0,77.

— *Cuestionario de Conducta Antisocial* (CCA) (Luengo, Carrillo, Otero y Romero, 1994). Evalúa el nivel de conducta antisocial y consta de 82 ítems, que indagan acerca de la frecuencia de conductas de vandalismo, robo, agresión, violación de normas y uso/comercio con drogas. Romero (1996) muestra que esta medida presenta una satisfactoria fiabilidad y validez.

— *Otros instrumentos generales para la evaluación del TAP.* Aparte de las escalas específicas anteriores para la evaluación del TAP, podemos también utilizar escalas que evalúan los trastornos de personalidad en general, como el MCMI-III (Millon *et al.,* 1994), la escala de Desviación Psicopática del MMPI-2 y el CEPER para evaluar los estilos de personalidad antisocial (Caballo y Valenzuela, 2001).

B) Entrevistas

Se pueden utilizar entrevistas estructuradas que evalúan los trastornos de la personalidad en general (p. ej., la SCID-II, el IPDE, etc.). Othmer y Othmer (1996), al hablar de la entrevista con los sujetos antisociales, señalan que estos sujetos raramente acudirán a consulta por un problema de comportamiento, sino por otros asociados como el consumo de drogas, para conseguir un certificado que les exima del trabajo o para evitar ir a la cárcel después de un delito, alegando un problema mental. La relación con este tipo de pacientes suele ser bastante problemática y cuando el clínico se resista a seguirle el juego es probable que se enfaden y le critiquen. Kaplan *et al.* (1994) señalan que pueden ser necesarias entrevistas con estrés, en las que se enfrente al paciente con las inconsistencias de sus relatos. Es complicado conseguir que se establezca un buen vínculo, ya que no suelen ser honestos y tampoco se implican a la hora de centrarse en déficit como la falta de control emocional o su incapacidad para actuar de manera responsable. La mejor forma de establecer una buena relación con sujetos antisociales es ser empáticos con ellos con

respecto a las consecuencias que para sus vidas está teniendo el comportarse de la manera en la que lo hacen, ya que son capaces de darse cuenta de ello, a pesar de que los caracterice una cierta incapacidad para el sufrimiento. De esta forma, los pacientes tendrán al clínico, más que como una figura de autoridad, como un aliado que entiende sus déficit y apoya sus objetivos constructivos, por lo que es probable que quiera conectar y cooperar con el terapeuta. Al paciente antisocial le gusta la atención e intentará captarla a través de la mentira o la presunción. Su capacidad de atención suele ser reducida y busca recompensas sin demora. Se puede conseguir que hable induciéndole a presumir, con preguntas o comentarios como los siguientes: "Menudo liante debe ser usted" o "¿Sabía pelear bien?" (Othmer y Othmer, 1996). A pesar de ello, es raro que estos pacientes intenten cambiar su comportamiento de manera sincera.

C) Criterio de Cleckley para medir la psicopatía

De las críticas realizadas al DSM-III, surgió la necesidad de retomar el constructo de personalidad psicopática abandonado. Por ello, una alternativa al diagnóstico del TAP es el constructo de psicopatía derivado del trabajo de Cleckley (1976) y operacionalizado por medio de la "Lista de Comprobación de la Psicopatía" *(Psychopathy Checklist,* PCL; Hare, 1980, 1985). Se trata de una escala de comprobación que, al igual que los autoinformes, es un procedimiento objetivo de valoración, utilizado tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación; estas escalas se aplican mediante una entrevista semiestructurada y la información obtenida se corrobora, posteriormente, con la información disponible en los archivos. Hare (1991) sostiene que la psicopatía es un síndrome unitario que puede ser medido utilizando esta escala. Durante su desarrollo, Hare consideró el listado de 16 características de Cleckley (véase el cuadro 5.9) como los rasgos del psicópata típico y las aplicó a una serie de presos (Hare, 1980).

Antes de la elaboración del PCL, se utilizaban clasificaciones clínicas globales de la psicopatía para la selección de sujetos a investigar. Cada sujeto era ordenado a lo largo de una escala de 7 puntos, según se considerara que su personalidad y su conducta, durante un largo período de tiempo, fueran consistentes con la concepción de la psicopatía tipificada por Cleckley. Para que la utilización de este procedimiento fuese eficaz, se requería que los evaluadores tuvieran experiencia en el trato con presos, que estuvieran muy familiarizados con la concepción de Cleckley sobre la psicopatía y que fueran capaces de integrar, en una sola puntuación, gran cantidad de información procedente de la entrevista y de los historiales de los archivos médicos e institucionales. Bajo estas condiciones era posible obtener clasificaciones altamente fiables de la psicopatía. Sin embargo, el resultado de realizar una valoración particular de la psicopatía, no era fácil de contrastar o replicar por algunos investigadores. Aunque este procedimiento de valoración global era fiable y válido, en 1978 se comenzó un estudio para analizar si se podría hacer el procedimiento más explícito. De este modo se relacionaron las características, conductas, indicaciones y contraindicaciones de la psicopatía que eran utilizadas al realizar una evaluación global; se llevaron a cabo una serie de análisis para determinar cuá-

Cuadro 5.9. *Criterios de Cleckley (1976) para el diagnóstico de la psicopatía.*

1. Considerable encanto externo e inteligencia por encima de la media.
2. Ausencia de alucinaciones u otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de ansiedad u otros síntomas neuróticos: considerable equilibrio, calma y facilidad verbal.
4. Falta de fiabilidad, descuido de obligaciones; ningún sentido de la responsabilidad en asuntos de poca y de gran importancia.
5. Falsedad y falta de sinceridad.
6. Falta de remordimientos o de vergüenza.
7. Conducta antisocial que está inadecuadamente motivada y pobremente planificada, derivándose de una impulsividad inexplicable.
8. Juicio pobre y falta de capacidad para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico; incapacidad para amar.
10. Pobreza general de emociones profundas y duraderas.
11. Carencia de intuición, incapacidad para verse a sí mismo desde el punto de vista de los demás.
12. Ingratitud hacia cualquier consideración especial, amabilidad y confianza.
13. Conducta fantasiosa y poco recomendable después de beber y en ocasiones incluso cuando no bebe: vulgaridad, rudeza, cambios del estado de ánimo súbitos, bromas.
14. Amenazas de suicidio raramente llevadas a cabo.
15. Vida sexual impersonal, trivial y escasamente integrada.
16. Fracaso en seguir un plan de vida de una manera ordenada.

les de estos ítems discriminaban mejor entre presos con valores altos y bajos de psicopatía. El resultado fue una lista de 22 ítems (el PCL) con una alta consistencia interna y fiabilidad interjueces (Hare, 1980).

El PCL-R, que se muestra en el cuadro 5.10, es una escala de 20 ítems para utilizar con poblaciones de delincuentes varones adultos, producto de la revisión de la escala anterior de 22 ítems. La evidencia ha confirmado que el PCL-R es una medida útil y válida de la psicopatía en poblaciones de varones presos, ya que tiene unas propiedades psicométricas excelentes. Su consistencia interna y su fiabilidad test-retest oscilan entre 0,85 y 0,95 y, cuando se promedian dos series de valoraciones independientes, la fiabilidad es mucho mayor (Hare, 1980, 1991).

Cuadro 5.10. *Factores e ítems del la Escala de Comprobación de la Psicopatía (Psychopathy Checklist, PCL-R; Hare* **et al.,** *1991).*

FACTOR I: Características interpersonales y afectivas

1. Locuacidad/encanto superficial.
2. Sentido grandioso de la propia autovalía.
4. Mentiras patológicas.
5. Engañoso/manipulativo.
6. Falta de remordimiento o culpabilidad.
7. Afectos superficiales.
8. Insensibilidad/falta de empatia.
16. Fracaso en aceptar la responsabilidad de sus acciones.

FACTOR II: Desviación social

3. Necesidad de estimulación/propensión al aburrimiento.
9. Estilo de vida parasitario.
10. Controles conductuales pobres.
12. Problemas de conducta tempranos.
13. Carencia de objetivos realistas, a largo plazo.
14. Impulsividad.
15. Irresponsabilidad.
18. Delincuencia juvenil.
19. Revocación de la libertad condicional.

ítems sin adscripción clara a ninguno de los dos factores:

11. Conducta sexual promiscua.
17. Numerosas relaciones de pareja de corta duración.
20. Versatilidad criminal.

La PCL-R se pasa en formato de entrevista semiestructurada y la información que se obtiene se deriva de entrevistar al paciente así como de analizar los archivos institucionales. Una vez que se evalúa la información obtenida de la entrevista, se intenta determinar si el comportamiento general del preso es característico. Debe ser puntuada con la información detallada de los archivos, siendo especialmente útiles los historiales criminales, las evaluaciones realizadas por los trabajadores sociales y funcionarios, la familia y la comunidad, los informes de la conducta institucional, los informes de la policía y la historia de cada caso realizada por el personal judicial, educadores, psicólogos y psiquiatras. Finalmente, se obtiene una puntuación global que permite categorizar a los sujetos en baja, moderada o alta psicopatía (Smith y Newman, 1990).

Posteriores estudios factoriales (Harpur, Hakstian y Hare, 1988; Harpur, Hare y Hakstian, 1989) encuentran que está compuesta por dos factores: el factor 1 se corresponde con la personalidad intrínseca peculiar de la psicopatía y refleja los síntomas interpersonales y afectivos, mientras el factor 2 se corresponde con los rasgos y problemas

conductuales característicos de un estilo de vida inestable. Este segundo factor se corresponde estrechamente con el criterio diagnóstico del TAP del DSM-III (Harper *et al.,* 1988) (véase cuadro 5.10).

D) Evaluación de las funciones ejecutivas

Otras posteriores innovaciones para la evaluación del TAP proceden de los resultados obtenidos en las investigaciones que relacionan dicho trastorno con el deterioro de las funciones ejecutivas. En esta línea, Tirapu *et al.* (1999) proponen un protocolo de evaluación con las siguientes pruebas:

- "Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin" (Heaton *et al.,* 1993). Es una medida de las funciones ejecutivas que requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización de *feedback* ambiental para cambiar estrategias de trabajo. Dada su posible sensibilidad a los efectos de las lesiones en el lóbulo frontal, se menciona frecuentemente como una medida del funcionamiento frontal o prefrontal. Es una prueba de estimación general del deterioro cognitivo y la información recogida es el porcentaje de respuestas perseverativas, el porcentaje de respuestas de nivel conceptual, el número de categorías completadas y los fallos para mantener la actitud.
- "Test de Colores y Palabras de Stroop" (Golden, 1995). Evalúa la flexibilidad cognitiva, la resistencia a la interferencia procedente de estímulos externos, la creatividad y la complejidad cognitiva. Estos factores determinan la habilidad individual para afrontar situaciones cuya solución requiera procesamiento de informaciones complejas. Es también una prueba de estimación general del deterioro cognitivo.
- "Torre de Hanoi" (Simon, 1975). Valora las funciones ejecutivas y, dentro de éstas, la capacidad de planificación, de llevar a cabo ensayos mentales y de trabajar bajo unas pautas o reglas determinadas. Es otra prueba de estimación general del deterioro cognitivo y la información que se registra es el número de movimientos que realiza el individuo así como el tiempo que invierte (en segundos).
- "Mini Examen Cognitivo" (MEC) (Lobo, 1979). Es una prueba de cribado para la valoración de demencias y de funciones cognitivas, como orientación, memoria, lenguaje, praxis y reconocimiento de objetos.
- "Entrevista sobre Daño Colateral Cerebral" *(Collateral Head Injury Interview;* Martzke, Swan y Varney, 1991). Evalúa las alteraciones psicosociales y neurocomportamentales. En la adaptación española, llevada a cabo por Pelegrin (1995), se describen cuatro factores: apatía, desadaptación social, seudopsicopatía y alteración de las funciones ejecutivas.
- "Entrevista de Habilidades para la Vida" *(Life Skills Profile).* Está compuesta por cinco subescalas que miden el nivel de autocuidado personal, el comportamiento social interpersonal, la comunicación-contacto social, el comportamiento social no personal y la capacidad para llevar a cabo una vida normal. Se cumplimenta con los familiares.

- "Escala neurocomportamental" *(Neurobiological Rating Scale,* NRS) (Levin, High y Ghoete, 1987). Evalúa la orientación, la memoria, el lenguaje y los síntomas derivados de lesiones del lóbulo frontal, como desinhibición, pobre planificación e introspección inadecuada, siendo posteriormente adaptada por Pelegrin y Tirapu (1995).

5.10. Tratamiento

Los sujetos con un TAP raramente acuden a tratamiento, a menos que se les obligue. Y cuando lo hacen, el tratamiento suele ser ineficaz. Esto se debe, fundamentalmente, a las características que definen el trastorno, como la falta de empatia, la incapacidad para establecer relaciones fiables y su desprecio por las normas sociales. En casos extremos de conducta psicopática, aspectos tales como el déficit en el aprendizaje por evitación pasiva (conducta de inhibición cuando se enfrenta al castigo), la incapacidad para anticipar las consecuencias a largo plazo de sus acciones y para reflexionar sobre el pasado, un moderado trastorno del pensamiento formal y el deterioro en la comprensión del significado implícito de las palabras, hacen muy difícil que un programa de intervención tenga un mínimo impacto.

Sin embargo, a veces se han llevado a cabo programas de tratamiento para sujetos encerrados en cárceles, muchos de los cuales cumplen los criterios del TAP. En estos casos, parece que habría tres principios directrices (Melloy, 1995):

1. Los programas son más eficaces con sujetos que se encuentran en el rango moderado del trastorno.
2. La intervención es más eficaz cuando se abordan aspectos que conducen a la conducta delictiva, como los valores y actitudes antisociales, relaciones con otros delincuentes, dependencia de las drogas y déficit educativos-laborales.
3. El tratamiento debería enseñar y fortalecer las habilidades interpersonales y modelar las actitudes prosociales.

En el caso de que los sujetos con un TAP estén recluidos en algún tipo de institución, donde el ambiente pueda controlarse en gran medida y utilizarse como técnica terapéutica, se han planteado algunos tipos de intervenciones: *a)* programas de economía de fichas; *b)* la comunidad terapéutica, con resultados bastante negativos hasta la fecha (Rice, Harris y Cormier, 1992); y *c)* programas llevados a cabos en la naturaleza. Por otra parte, Marshall y Fernández (1997) presentan un programa cognitivo-conductual sistemático para el tratamiento de delincuentes sexuales donde los objetivos de la intervención se dividen en dos áreas:

1. Objetivos *específicos* al delito, que incluyen superar la negación y la minimización, mejorar la empatia con la víctima, cambiar las creencias y actitudes distorsionadas, modificar las fantasías inapropiadas y desarrollar un plan de prevención de las recaídas.

2. Objetivos *relacionados* con el delito, que se refieren a temas considerados como precursores o que influyen en el delito, tales como deficientes habilidades de relación, pobre solución de problemas, consumo de sustancias psicoactivas, escaso control de la ira y habilidades para la vida inadecuadas.

Este y otros programas para el tratamiento de sujetos con un TAP recluidos necesitan de más evaluaciones sobre sus resultados y la posible eficacia de los mismos.

Algunos autores han propuesto el tratamiento de aspectos concretos del TAP. Por ejemplo, Turkat (1990) plantea la modificación de dos comportamientos básicos, como son la ira y la falta de control de los impulsos. En el primer caso, el autor propone el *manejo de la ira* como procedimiento de intervención, donde se especifican todos los estímulos que provocan ira y se colocan en una jerarquía según el grado de ira provocado. Luego se utiliza una respuesta competitiva, como la relajación profunda o la distracción cognitiva. En el segundo caso, se emplea en *entrenamiento en el control de impulsos,* de forma similar al anterior, estableciéndose una jerarquía y utilizando respuestas competitivas ante las ganas de actuar impulsivamente. Estas respuestas suelen consistir en *estrategias de distracción,* que pueden ser *internas* (cogniciones incompatibles con las ganas de actuar de forma impulsiva) o *externas* (modificación de algún aspecto del ambiente que llame su atención). En el cuadro 5.11 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del TAP.

Con respecto al tratamiento farmacológico del TAP, parece que algunos síntomas como la impulsividad o la irritabilidad pueden responder al mismo. No obstante, no existe ningún tratamiento farmacológico para los síntomas centrales del trastorno, como el comportamiento delictivo, la falta de remordimientos, el engaño o la constante irresponsabilidad. En el cuadro 5.12 se muestran algunas recomendaciones generales acerca del tratamiento farmacológico de algunos síntomas del TAP.

Cuadro 5.11. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TAP (Caballo, 2001c).*

- Economía de fichas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Manejo de la ira.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en el control de impulsos.
  - Estrategias de distracción internas o externas.
- Programa cognitivo-conductual sistemático, de Marshall y Fernández:
  - Objetivos específicos al delito.
    - Mejorar la empatia con la víctima.
  - Objetivos relacionados con el delito.
    - Aumentar las habilidades para relacionarse.

Cuadro 5.12. *Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del TAP.*

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Déficit atencional/ Hiperactividad	Psicoestimulantes, bupropion
Hipomanía, impulsividad	Sales de litio, carbamazepina, ácido valpróico
Irritabilidad, episodios de cólera	Antipsicóticos, antidepresivos serotoninérgicos, benzodiacepinas

5.11. Conclusiones y tendencias futuras

Las conductas violentas no son siempre atribuibles a personalidades psicopáticas. La violencia no psicopática tiene lugar en un marco de disputas familiares o sociales, cuando el sujeto se encuentra con una activación emocional extrema que es incapaz de controlar. Por el contrario, la violencia psicopática se caracteriza por la frialdad y sangre fría, así como por una crueldad premeditada y, en ocasiones, facilitada por el consumo abusivo de drogas (Hare, Hart y Harpur, 1991). Los sujetos con un TAP raramente acuden a tratamiento, a menos que se les obligue y, cuando lo hacen, éste suele ser ineficaz. Las siguientes características hacen muy difícil que un programa de intervención sea eficaz: falta de empatia, incapacidad para establecer relaciones fiables y su desprecio por las normas sociales, déficit en el reconocimiento del significado emocional ante la estimulación aversiva y déficit atencional en las primeras etapas del procesamiento de la información con contenido emocional aversivo o negativo, déficit en la iniciación y planificación de las conductas orientadas a metas, en la anticipación de contingencias de refuerzo y castigo y en los sistemas motivacional y emocional (Caballo, 2001b).

El deseo de destrozar la vida a los demás convierte este trastorno de la personalidad en el más repulsivo, por lo que dichos individuos suelen suscitar reacciones de rechazo moral. Normalmente se ven obligados a solicitar tratamiento como consecuencia de un ultimátum que suele ser la elección alternativa a ser expulsados de la escuela, a perder el trabajo, a finalizar un matrimonio o a un posible encarcelamiento.

Millon y Davis (2000) advierten sobre la posibilidad de que los terapeutas que trabajen con individuos antisociales se vean embaucados o se sientan crédulos ante sus estratagemas, debido a las expresiones de arrepentimiento aparentemente sinceras, que pueden ser desde la culpa por haber destruido la vida o las propiedades de otras personas hasta la desesperación casi existencial por haber despilfarrado su propia vida. Volverán a caer, y no tardarán mucho, en lo que manifiestan que no harán más. Difícilmente podrá fiarse el terapeuta de estos individuos.

Difícil de fiar, difícil de tratar. Realmente la posibilidad de abordar el TAP hoy día es francamente descorazonadora. No existe realmente ninguna estrategia que sea real-

mente eficaz. Nos podemos plantear qué hacer con este tipo de sujetos. Bueno, más bien es la sociedad en su conjunto la que se debe plantear qué hacer con ellos. ¿Los detenemos de forma preventiva y por tiempo indeterminado, como parece que se va a poder hacer próximamente en el Reino Unido? (Kendell, 2002). La cárcel no sirve para la rehabilitación (a pesar de la demagogia que muchas veces los políticos expresan en sus campañas). Tampoco sirven los distintos tipos de terapia (farmacológica, psicológica, social). ¿Mantenemos a esos individuos en la sociedad (con el consiguiente aluvión de personas damnificadas) o los apartamos de ella (viéndose afectado el propio individuo)? A fuer de ser imaginativos, tal vez una isla paradisíaca que recogiese a estos sujetos y los apartase del resto de la sociedad, evitando el castigo de la cárcel (y al mismo tiempo el daño a muchas personas inocentes), podría ser una alternativa. Polémica, claro está. Como cualquier opción que se plantee en estos momentos para evitar o atenuar en lo posible el daño que estos sujetos causan masivamente a sus congéneres. No pueden vivir en sociedad, pero son seres humanos. ¿Qué hacer con ellos? Es un reto que la sociedad tiene planteado y que debería abordar con seriedad y rigurosidad en los próximos años.

6

El trastorno límite de la personalidad

Vicente E. Caballo, Ana Gracia, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

6.1. Introducción

"Fuego y hielo". Así caracterizan algunos autores al estilo límite de la personalidad. Los sujetos con este patrón de comportamiento viven todas las situaciones con la mayor intensidad. Tan pronto están en el cielo como pueden estar minutos después en el infierno. Tan pronto están adorando a su pareja como al minuto la están odiando. La inestabilidad de sus emociones y la intensidad de las mismas describen a grandes rasgos al estilo límite. Sus reacciones explosivas no tienen mucho que ver con los estímulos ambientales desencadenantes. A veces cosas triviales (para los demás, que no para ellos) provocan grandes explosiones de ira que la persona límite no es capaz de controlar. Luego, al recordar la situación, se sienten mal y se arrepienten. Pero ese descontrol de las emociones y el arrepentimiento posterior volverá a pasar una y otra vez. Además, el estilo límite necesita de las emociones para sentirse vivo. Necesita sentirse enamorado, querido, necesita sentir la vida, sentir el sol cuando amanece y la luna cuando anochece. Suelen ser desinhibidos, animosos, alegres, al menos cuando están en un estado emocional positivo. Suelen demostrar lo que sienten y parece que frecuentemente están sintiendo emociones. Hacen las cosas de corazón, aunque frecuentemente exigen que los demás se comporten de la misma manera.

El estilo límite, aunque a veces puede acabar con la paciencia de las personas cercanas (familia, pareja, amigos), también puede ser la alegría de la casa o la energía de la pareja. Sin embargo, cuando en vez de estilo hablamos ya de trastorno, las cosas se complican considerablemente. Todo lo que hemos visto anteriormente se vuelve aún más extremo. El comportamiento se vuelve verdaderamente problemático tanto para el sujeto mismo como para su entorno, apareciendo los comportamientos autolesivos e incluso, en algunos individuos, intentos de suicidio. La personalidad límite se encuentra hoy día en primera página en el área de la salud mental y aparece cada vez de forma más frecuente en los centros clínicos. No obstante, este protagonismo actual del tipo límite de personalidad no se ve acompañado por avances significativos tanto en la evaluación como en el tratamiento del mismo.

6.2. Revisión histórica

Antes de adentrarnos en los inicios y la evolución de este trastorno es conveniente señalar dos aspectos. El primero de ellos se refiere a la amplia bibliografía existente sobre síndromes que, aunque no son denominados "límite", presentan características clínicas similares. Y el segundo es la enorme cantidad de términos y desacuerdos en cuanto a los atributos fundamentales del síndrome (Perry y Klerman, 1978), por lo que será considerado de modo diferente según nos situemos desde el punto de vista de los teóricos psicoanalistas (configurado dentro, y a medio camino, de la personalidad neurótica/psicòtica), las orientaciones biológicas (englobado en los trastornos afectivos), las perspectivas cognitivas y culturales, etc.

Remontándonos a tiempos de Homero, Hipócrates y Areteo, aparecen escritos donde se describía la ira impulsiva, la manía y la melancolía, señalando que estos hechizos eran oscilantes y que las personalidades estaban sujetas a ellos. Pero fue Bonet en 1684 quien unió la impulsividad y los estados de ánimo inestables en un síndrome que él denominó la "folie maniaco-melancolique". Posteriormente, y ya en el siglo **XIX**, Baillager y Falret observaron a un grupo de pacientes que mostraban un curso depresivo, interrumpido intermitentemente por períodos de irritabilidad, cólera, euforia y normalidad, que bien podría asemejarse al trastorno límite de personalidad. Pero quizá sea Kraepelin (1921), acuñando el término de "personalidad excitable", quien se acercó más a los síntomas de lo que hoy día conocemos como trastorno límite de personalidad, refiriéndose a un tipo de personalidad paralela a ésta, que se hace patente en el siguiente texto (Millon y Davis, 1998):

> Los pacientes manifiestan desde la juventud fluctuaciones extraordinarias en su equilibrio emocional, afectándoles excesivamente todas las experiencias, con frecuencia de un modo poco agradable...
>
> ...y en las ocasiones más triviales, manifiestan explosiones de ira.
>
> El estado de ánimo está sujeto a cambios frecuentes... son períodos que se intercalan, en los que el paciente puede sentirse irritable y malhumorado, quizá triste, ansioso; llora sin causa, expresa ideación suicida, quejas hipocondríacas, no se levanta de la cama...
>
> Es difícil que mantengan sus esfuerzos de un modo constante.
>
> A consecuencia de su irritabilidad y sus estados de ánimo variables, su vida se ve sujeta a los incidentes más variopintos que les llevan a huidas inesperadas, viajes, o a encerrarse en sí mismos (pp. 130-131).

Del mismo modo, Schneider (1923-1950) denominó a la personalidad de los individuos que exhibían este tipo de síntomas "personalidad lábil", caracterizada por cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, con una tendencia constitucional hacia las reacciones esporádicas de irritabilidad. Igualmente, Kretschmer (1925, citado en Millon, 1998) considera que se trata de un temperamento mixto cicloide-esquizoide (melancolía agitada, actitud hostil e hipocondríaca, nerviosismo, respuesta afectiva insuficiente). Por su parte, Reich (1925, citado en Millon y Davis, 1998) clasificó a estas personas co-

mo sujetos que manifiestan una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del superyó. Sin embargo, dentro de la escuela psicoanalítica, se debió a Adolf Stern (1938) la designación de "el grupo límite de las neurosis". Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término, que podríamos resumir, básicamente, en seis. La *primera* está basada en el trabajo de Kernberg (1975), empleando el término "límite" para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. La *segunda* surgió en los años sesenta y setenta, centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas. Desde esta perspectiva se creyó que el trastorno límite pertenecía al espectro de los trastornos esquizofrénicos (Wender, 1977; Zanarini *et al.,* 1997). La tercera agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años ochenta, enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Akiskal, 1981; Stone, 1980; Zanarini *et al.,* 1997).

La *cuarta* definición se refleja en la obra de Gunderson (1984), en donde el término "límite" describe una forma específica del trastorno de personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II. De este modo, se diagnostica al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos, proponiéndose, así, las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicòtico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon y Davis, 1998).

Las conceptualizaciones *quinta* y *sexta* sobre la psicopatología límite han surgido durante los años noventa. Zanarini (1993) piensa que es más correcto concebir el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los trastornos de la alimentación). Desde esta posición, el trastorno límite no sería una forma atenuada o atípica de uno de estos trastornos del impulso, sino que se trataría de una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg 1997). En la misma línea, Herman y van der Kolk (1987) sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad.

Ahora bien, a pesar de las numerosas caracterizaciones, la validez del "trastorno límite de la personalidad" se encuentra hoy día generalmente aceptada, mientras que otros aspectos, como su etiología o tratamiento, están aún en un proceso de investigación y experimentación.

6.3. Sobre la denominación del trastorno límite de la personalidad

El uso del término "límite" como designación para un síndrome formal ha ocasionado polémica, puesto que, en un sentido lingüístico, el término "límite" transmite claramente un nivel moderado de gravedad o un grado intermedio del funcionamiento de la personali-

dad (Millon, 1969) o de la organización estructural (Kernberg, 1970). No comunica, de modo alguno, un patrón comportamental que describa unas características distintivas de otros trastornos de la personalidad (Perry y Klerman, 1978). A través de los años, se han ido proponiendo otros términos para representar a toda una constelación de rasgos sindrómicamente distintivos, como son: *personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, etc.*

El concepto "límite" solía utilizarse para aquellas ocasiones en las que el clínico no estaba seguro de qué diagnóstico podía dar al paciente. Este uso proviene de la falsa creencia de que los pacientes debían estar situados en uno de los polos de la dicotomía entre neurosis (ligeramente enfermos) y psicosis (muy enfermos). Esta problemática ha suscitado numerosos debates durante un largo período de tiempo y no ha hecho más que retrasar la delimitación del trastorno límite de personalidad. Otro aspecto problemático que se debe tener en cuenta hace referencia a las características clínicas, ya que el trastorno límite de la personalidad, con frecuencia, se asemeja notablemente a un trastorno del estado de ánimo de tipo ciclotímico. Esta puntualización lleva a numerosos autores a considerar el trastorno límite como una entidad perteneciente al espectro de los trastornos del estado de ánimo.

No obstante, el término "límite" se ha mantenido, aunque se ha reforzado la noción de que se trata de una entidad diagnóstica específica, que describe un nivel avanzado de disfunción. Actualmente, la categoría límite no debería ser empleada como cajón de sastre para los casos de indecisión clínica o diagnóstica; más bien debería considerarse como un patrón de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera, ubicado en algún punto del continuo donde reside la inestabilidad junto a la búsqueda incesante de aceptación y aprobación, configurándose, de este modo, un único trastorno "límite estructuralmente defectuoso" (Millon y Davis, 1998).

6.4. Estilo límite de personalidad: El tipo inestable

La vida para el estilo límite es concebida como una supernova de emociones extremas. Todas las acciones que llevan a cabo las hacen con una intensidad ferviente. Su incesante búsqueda de nuevas experiencias convierten a estas personas en cazadores de emociones límite, con la finalidad de ocupar el vacío existencial que les ahoga. Ningún otro tipo de personalidad vive tan impetuosamente como el estilo límite, ni es capaz de resistir sus fluctuaciones emocionales resultado de sus vivencias. Así, de entre las características más distintivas de este estilo de personalidad podemos apuntar las siguientes (Oldham y Morris, 1995):

- Necesitan estar vinculados sentimentalmente a alguien de forma intensa.
- Sus relaciones se rigen por la pasión; para ellos nada es superfluo, y siguen la ley del "todo o nada".
- En el terreno emocional lo entregan todo de forma activa y esperan ser correspondidos del mismo modo.

- Son personas espontáneas a las que no les amedrenta nada; buscadores de riesgo y poseedores de un significado diferente de la diversión, concebida como sin límites.
- Una de sus principales características es su tremenda actividad y creatividad, así como su capacidad de inducción sobre los demás debido a su gran iniciativa.
- Su gran curiosidad les hace poseedores de una inquietud por lo desconocido que les lleva a embarcarse en el conocimiento de nuevas culturas y filosofías de vida.

El estilo de personalidad límite podría definirse como el antagonismo fuego-hielo según palabras de Morris y Oldham (1995). Y esto es así porque las dicotomías son una constante en todos los ámbitos de vida de los límite. Las personas con este estilo de personalidad pueden amar como el que más y odiar como el que más, también. Es por ello que sus relaciones emocionales suelen fluctuar y ser efímeras. Al comienzo de una relación, sea de tipo amorosa, amistosa o familiar, se entregan por completo; sin embargo, a medida que se van avanzando en ésta, las cosas no son lo que pudieran parecer en un principio. El límite va acortando distancias con la otra persona, hasta tal punto que llega a asfixiarla. Pretenden llenar su mundo con el del otro. El mundo hay que verlo desde su propio prisma; si no es así abandonan rápidamente los lazos afectivos.

Las relaciones prolongadas pueden resultar harto difíciles con un límite. Al igual que ellos entregan su alma, se creen merecedores de tal ofrenda para sí por parte de los demás; hasta tal punto que cualquier pequeña desviación de lo que ellos consideran "perfecto" puede costar una gran disputa y la ruptura con la pareja. Unido a esto, su incesante búsqueda de placer y emociones hace que constantemente disfruten del momento, lo que les impide, en la mayoría de los casos, programar planes de futuro en cualquier ámbito de sus vidas. Los grandes atracones de comida, el derroche de grandes sumas de dinero y su acelerada vida en general, pudieran quedar explicadas por esta particularidad de los límite.

Experimentan las emociones cual volcán en erupción y son capaces de pasar del llanto a la risa por motivos que para el resto del mundo pudieran resultar superfluos. Del mismo modo "sienten más" que el resto de estilos de personalidad, con todas las consecuencias. Cuanto más pronunciados sean los rasgos de límite más frecuentes serán los cambios de humor que experimenten. Sin embargo, son personas capaces de tener a su alrededor a mucha gente que les aprecia, si bien ellos no son capaces de detectar el cariño que les procesan, puesto que para ellos sólo existe una forma de amar y es "plenamente". Por eso, necesitan continuamente demostraciones de afecto y, aún así, siempre encontrarán algo por lo que recriminar que no se les tiene estima. Su incesante búsqueda de identidad promueve que sean personas capaces de experimentar diferentes estilos de vida y regirse por diferentes filosofías en cortos períodos de tiempo, si esto les aporta la gratificación inmediata que necesitan.

Si tuviéramos que elegir un estilo de personalidad que pudiera resultar la pareja ideal para el tipo límite, éste sería el obsesivo-compulsivo, porque posee unas características "balanza" para el estilo límite, como son la sensatez, la responsabilidad y la firmeza. Sin embargo, la unión no sería del todo perfecta, puesto que el límite se cansaría pronto del tipo obsesivo-compulsivo (dependiendo de la más o menos intensa inclinación de aquél). No obstante, lo más común es que se sientan fuertemente atraídos por un tipo antisocial,

puesto que responden a su pasión desenfrenada, aunque sería una relación fugaz, ya que no se soportarían mutuamente, puesto que el antisocial no está dispuesto a responder a las continuas exigencias del inestable. El tipo paranoide puede resultarles atrayente debido a la sensación de desarraigo con el mundo. Por otro lado, el tipo esquizotípico pudiera resultarles grato por su polaridad y extremismo. Y, finalmente, de la unión con un tipo dependiente pudiera resultar una relación prolongada en el tiempo, que le dé alas para dar rienda suelta a su capacidad de posesión sobre la pareja.

• *Cómo relacionarse con un tipo límite*

Oldham y Morris (1995) apuntan unas pautas generales para tratar con este tipo de personalidad inestable y que no resulte del todo un fracaso. Así, aconsejan que una vez que el inestable le haya subido a las nubes y le haya hecho sentirse la persona más maravillosa del mundo, usted debe dejarse seducir, adular y encantar; relájese y disfrute del momento, puesto que pronto llegará el tiempo en el que al inestable, usted le parezca el ser más "mundano" y detestable que haya conocido. Debe estar preparado para la reconstrucción de su autoestima, puesto que se convertirá en el pan de cada día, si la relación persiste. Llegado a este punto, sería conveniente que la comunicación entre el inestable y su pareja sea fluida, puesto que es necesario recordarle continuamente que el mundo no es ni blanco ni negro, sino que hay gran variedad de colores, tantos como personas. Pedirle comprensión y tolerancia para con la pareja debería convertirse en la piedra angular de la relación, así como hacerle ver que es de suma importancia para la gente que le rodea que la acepte tal y como es.

Los constantes cambios de estado de ánimo pueden resultar imposibles de soportar. Sin embargo, la calma, la serenidad y la coherencia son las armas principales para combatir sus reacciones desmesuradas ante situaciones nimias. Estas herramientas, junto a grandes dosis de cariño, resultarán de gran utilidad para mantener esa relación tan apasionante que sólo un límite le puede ofrecer.

6.5. El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico

Los criterios que considera importantes el DSM- IV-TR (APA, 2000) para la inclusión en el diagnóstico de trastorno límite de personalidad son fundamentalmente un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad, y una notable impulsividad. Del mismo modo, la CIE-10 (OMS, 1992) incluye un trastorno similar al límite pero denominado *"trastorno emocionalmente inestable de la personalidad"*. En este caso, la categoría está dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos.

A continuación, en el cuadro 6.1 se exponen tanto los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) como los del DSM-IV-TR (APA, 2000):

Cuadro 6.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS,1992) para el trastorno límite de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10 trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
A) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.
	Tipo impulsivo
	B) Tienen que cumplirse al menos tres de los siguiente síntomas, de los cuales uno de ellos tiene que ser el 2.
1. Impulsividad en al menos dos áreas, que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto (p. ej., gastos, sexo, conducción temeraria, abuso de sustancias psicoactivas, atracones, etc.).	1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.	2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
	3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
	4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.	5. Estado de ánimo inestable y caprichoso.
	Incluye: *Personalidad explosiva y agresiva* *Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.*
4. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	*Tipo límite*
	C) Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el anterior criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes síntomas:
5. Alteración de la identidad: imagen o sentido de sí mismo inestable de forma acusada y persistente.	1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
6. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternar entre los extremos de idealización y devaluación.	2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
7. Esfuerzos titánicos para evitar un abandono real o imaginario.	3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
8. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.	4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo.
9. Sensaciones crónicas de vacío.	5. Sensaciones crónicas de vacío.
	Incluye: *Personalidad límite* *Trastorno límite de la personalidad*

Como podemos observar en el cuadro 6.1, tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 coinciden básicamente en describirlo como un trastorno de la personalidad donde su eje central es la inestabilidad en varios ámbitos. El DSM-IV-TR añade algunos criterios que hacen referencia a la crónica sensación de vacío, las ideas paranoides transitorias reactivas a situaciones estresantes y los continuos esfuerzos para evitar el abandono, ya sea éste, real o percibido. Del mismo modo, la CIE -10 recoge el criterio referido a la mínima capacidad de planificación, ítem que no queda reflejado explícitamente en el DSM IV-TR.

6.6. Características clínicas

A la hora de ofrecer unas características relativamente consensuadas, surgen numerosos problemas para el trastorno límite de la personalidad (TLP). Sin embargo, no por ello han disminuido los estudios que afrontan tan ardua tarea y así contamos con una amplia bibliografía al respecto.

Puesto que los pacientes límite manifiestan una variedad inusualmente amplia de síntomas clínicos, citaremos, en primer lugar, algunos aspectos generales sobre los que han surgido cierta polémica y, posteriormente, enumeraremos las características principales y más comunes, agrupadas bajo tres dimensiones: conductual, cognitiva y emocional.

Como se ha comprobado en algunos estudios (Shearer, 1994), los sujetos con un TLP suelen presentar un elevado número de experiencias disociativas, informando sobre experiencias traumáticas y sus síntomas postraumáticos, una falta de control comportamental, numerosas conductas autolesivas y un abuso en el consumo de alcohol. De modo que las experiencias de aprendizaje tempranas toman gran importancia, pudiendo mostrar características semejantes al trastorno de estrés postraumático.

Levine, Marziali y Hood (1997), preocupados por el impacto que pudiera ejercer el área emocional y afectiva, realizaron un estudio en el que evaluaban el procesamiento emocional y la regulación del afecto en un grupo de 30 sujetos diagnosticados con un TLP. La conclusión a la que llegaron es que dichos sujetos mostraban bajos niveles de conciencia emocional, poca capacidad para coordinar sentimientos de valencia mixta, baja precisión en reconocer expresiones faciales de emoción y respuestas más intensas a emociones negativas que los sujetos control. En respuesta a los resultados anteriores, Zanarini *et al.* (1998b) indicaron que los estados afectivos encontrados en estos pacientes no son específicos del trastorno límite, sino que, por el contrario, la mayoría de los aspectos más específicos son de carácter cognitivo, alterados por representaciones internas asociadas a eventos traumáticos en la infancia. De este modo, podrían explicarse, en gran medida, los elevados niveles de disforia que, según Zanarini, conformarían el aspecto crucial y discriminativo en los pacientes con un TLP.

Otro de los aspectos centrales se refiere a la impulsividad como característica estable y predictiva, tanto de los niveles de psicopatología límite como de la persistencia o transitoriedad del trastorno a lo largo de los años (Links, Heslegrave y van Reekum, 1999). Desde esta afirmación, algunos autores (p. ej., Zanarini, 1993; Zanarini, Kimble y Williams, 1994) sugieren conceptualizar al TLP como un trastorno específico del control

de los impulsos. El apoyo de dicho planteamiento se halla en los estudios de tipo metodológico y de historia familiar, en los que se ha demostrado una fuerte relación entre el TLP y ciertos trastornos de los impulsos, tales como los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de la personalidad antisocial y de los trastornos de la alimentación.

Las características conductuales más distintivas del TLP se pueden encontrar en el cuadro 6.2, con especial énfasis en aquellas relacionadas con la interacción con otras personas. Su apasionante forma de amar les lleva a sentirse continuamente en una incansable búsqueda de demostración afectiva, que puede truncarse por situaciones que resulten insignificantes y pasen inadvertidas para los demás. Sin embargo, para ellos, que "están al acecho" de cualquier mínima circunstancia que les corrobore que van a ser abandonados, resultan de vital importancia. Dispensan una gran variedad de artimañas manipulativas para retener a las personas allegadas a su lado. Estas situaciones son las que desencadenarán fuertes ataques de ira e impulsividad, llegando incluso a las autolesiones, provocando el rechazo del otro y alimentando su sensación de vacío.

Cuadro 6.2. *Aspectos conductuales característicos del TLP.*

- Niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, bastante impredecibles.
- Patrones de apariencia cambiante y vacilante.
- Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad.
- Provocan peleas y conflictos con frecuencia.
- Comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.
- Conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, suscitando el rechazo).
- Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
- Excesivamente dependientes de los demás.
- Adaptación social a nivel superficial.
- Predisposición a dar paseos en solitario para "reflexionar".
- Comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación.
- Frecuentes chantajes emocionales y actos de irresponsabilidad (suicidio, juego patológico, abuso de sustancias psicoactivas, grandes atracones de comida).

Los aspectos cognitivos del TLP reflejan claramente el torbellino emocional que resulta de su mundo interno. Llegan a sufrir estados paranoides reactivos a situaciones que pudieran resultarles estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas en su vida o las críticas dirigidas a su comportamiento o a su forma de ver las cosas. La sensación de falta de una identidad estable les hace pasar momentos realmente angustiosos de ansiedad, miedo e incluso depresión, que les llevan a comportarse de un modo hostil y con una ira descontrolada. La introspección les lleva a estados de abatimiento y apatía y la frase "soy una persona mala" se repite en sus cabezas una y otra vez. Las autocríticas y los autorreproches se apoderan de ellos, llegando a hacerles sentir como personas realmente despreciables y valedoras del abandono de sus seres queridos, convirtiéndose en un círculo vicioso del que creen no poseer el control para evitarlo.

Cuadro 6.3. *Aspectos cognitivos característicos del TLP.*

- Pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo.
- Falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones.
- Incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento.
- Dificultades para aprender de experiencias pasadas.
- Carecen de un sentido estable de quiénes son.
- Imágenes de uno mismo inestables y extremas.
- Sensaciones crónicas de vacío.
- Pensamientos anticipatorios de abandono.
- Valores, elección de carrera y objetivos a largo plazo inestables.
- Temor excesivo a que les desprecien.
- Sentimiento aterrador acerca de la soledad, no soportan estar solos.
- Pensamientos dicotómicos en sus relaciones interpersonales: o es muy bueno o es muy malo.
- Percepción de las personas importantes del entorno que fluctúa con rapidez desde la idealización hasta la devaluación.
- Menor capacidad para procesar la información debido a sus problemas para centrar la atención y la pérdida consecuente de datos relevantes.
- Locus de control externo, culpando a los demás cuando las cosas van mal.
- Frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas.
- Pensamiento rígido, inflexible, impulsivo.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Se aburren fácilmente.
- Constante predicción del abandono por parte de alguien querido, llevándoles a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.
- Suelen regresar a etapas anteriores del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros).
- Pueden tener episodios micropsicóticos cuando están en situaciones de gran estrés.
- Presencia de ideación paranoide transitoria, despersonalización, desrealización o síntomas disociativos en situaciones de estrés.

Del mismo modo, el TLP presenta una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 6.4.

Podemos entender, llegados a este punto, que el TLP muestre unas características emocionales muy polarizadas. Así, el mundo emocional del individuo con un TLP puede desbordarle muy fácilmente. Su inestabilidad afectiva le lleva a experimentar, tal y como podemos observar en el cuadro 6.5, reacciones constantes de ira inapropiada y de falta de control de impulsos, por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Será difícil predecir qué emoción y cuánto durará un determinado estado de ánimo en estas personas. Aunque pudieran vislumbrarse con un trato continuado, de seguro que no dejarán de sorprender.

En el cuadro 6.6 se pueden ver algunos aspectos fisiológicos y médicos derivados del comportamiento límite. La seriedad de estas situaciones dependerá, en gran medida, del nivel de gravedad del trastorno.

Cuadro 6.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TLP.*

Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Esquemas
"Finalmente me abandonarán."	Adivinación del futuro	Infravaloración
"Mi dolor (psíquico) es tan intenso que no puedo soportarlo."	Catastrofismo	Autocontrol insuficiente
"Mis sentimientos me abruman."	Razonamiento emocional	Autocontrol insuficiente
"El/ella es tan bueno/a que tengo mucha suerte (o al revés), él/ella es tan malo/a que no puedo soportarlo."	Pensamiento dicotòmico	Inestabilidad emocional
"Cuando me siento abrumado/a, tengo que escapar (por la huida o el suicidio)."	Razonamiento emocional Baja tolerancia a la frustración	Autocontrol insuficiente
"Siempre estaré solo."	Pensamiento dicotòmico Adivinación del futuro	Infravaloración
"Soy malo, merezco el castigo."	Condena	Culpabilidad
"No soy capaz de controlarme."	Falacia de control	Infravaloración Autocontrol insuficiente
"Tengo que protegerme de la gente porque me harán daño."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad al dolor
"Si me conocieran realmente no estarían conmigo."	Adivinación del pensamiento	Infravaloración

Cuadro 6.5. *Aspectos emocionales característicos del TLP.*

- Pueden experimentar una activación emocional extra elevada, siendo muy sensibles a los estímulos emocionales negativos.
- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Emociones contradictorias.
- Los estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se hallan constantemente en un tira y afloja.
- Ira intensa, inapropiada y fácilmente desencadenada que implica una pérdida de control emocional, especialmente cuando se sienten frustrados o decepcionados.
- Cuando pierden el control muestran agitación y excitación física.
- Su estado de ánimo no concuerda con la realidad.
- Sentimientos de vacío o aburrimiento.
- Intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos.
- Tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas, especialmente las asociadas con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.

Cuadro 6.6. *Aspectos fisiológicos y. médicos del TLP.*

- Discapacidades físicas por autolesiones e intentos de suicidio fallidos.
- Inestabilidad en los patrones de vigilia-sueño.
- Reacciones fisiológicas reactivas al estado de ánimo.
- Problemas psicosomáticos en situaciones de estrés.
- A veces historia de trastornos neurológicos.

Cuadro 6.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Conflictos frecuentes de pareja.
- Problemas en la escuela o en el trabajo por sus crisis emocionales.
- Frecuentes pérdidas de trabajo, abandonos de los estudios, rupturas matrimoniales.
- Internamiento por sus automutilaciones o intentos de suicidio.
- Relaciones interpersonales agitadas.

En el cuadro 6.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad límite puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado con menor frecuencia.

El cuadro 6.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TLP.

Cuadro 6.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TLP.*

Visión de uno mismo
- Inestable, desvalido, dependiente, vacío.
- La autoestima depende de la emoción que sientan.

Visión de los demás
- Fuertes, protectores, sospechosos (o todo lo contrario).
- Crueles, perseguidores (o todo lo contrario).

Estrategia principal
- Adopta el papel opuesto, manipula, discute, se autolesiona.
- Ataques de ira, se mueve a impulsos.

6.7. Epidemiología y curso

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, un 10% en individuos que acuden a centros ambulatorios de salud mental y un 20% entre pacientes psiquiátricos ingresados. La prevalencia entre la población clínica con trastornos de personalidad se encuentra entre el 30 y el 60%. Widiger y Sanderson (1997) ofrecen cifras que van del 2% en la población general al 8-15% en la población clínica. Es más fácil encontrar el TLP entre personas que buscan ayuda por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación y trastornos depresivos (O'Connor y Dyce, 2001). Con respecto a la distribución por sexo, parece que el TLP se diagnostica más frecuentemente en mujeres (aproximadamente el 75% de los casos) que en hombres (APA, 2000). Aproximadamente, del 8 al 10% de los sujetos con un TLP consumen el suicidio y los actos de automutilación y las amenazas e intentos suicidas son bastante frecuentes (Paris, 1993a; Nehls, 1999).

El patrón familiar que se observa en el TLP es cinco veces más frecuente en familiares de primer rango de quienes tienen el trastorno que en la población general (DSM IV-TR, 2000). Las características y el contexto de la vida en las grandes ciudades pueden favorecer comportamientos de impulsividad, ira y descontrol similares a los que acontecen en el TLP. Se debe evaluar estos comportamientos de forma más exhaustiva en el caso particular de las mujeres, por los cambios acontecidos en las últimas décadas en cuanto a exigencias sociales y nuevas expectativas (Paris, 1991; Peters, 1988).

El patrón habitual del curso del trastorno comienza con una inestabilidad crónica al principio de la edad adulta, seguido por episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo, uso muy frecuente de recursos de salud mental y general. Pero el deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con el paso del tiempo. No obstante, el pronóstico a largo plazo (salvando lo acontecido) es favorable, ya que durante la cuarta o quinta década de la vida logran una mayor estabilidad en sus relaciones y en su actividad profesional.

6.8. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los sujetos con un TLP pueden manifestar un patrón de boicoteo hacia sí mismos en el momento en que van a alcanzar un objetivo (p. ej., abandonar la universidad justo antes de licenciarse, terminar con una relación justo cuando comienza a ir bien). Algunos individuos pueden desarrollar síntomas casi psicóticos (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, etc.) durante épocas de estrés (APA, 2000).

Numerosos trastornos del Eje I pueden darse conjuntamente con el TLP, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, trastornos del control de impulsos, trastornos por déficit de atención y trastorno por estrés postraumático. La comorbilidad del TLP con los trastornos del estado de ánimo es amplia y problemática, en parte debido a la sintomatología que se solapa (Widiger y Trull, 1993). Estos autores, en una revisión de toda una serie de estudios, encontraron que una media

del 32% de los pacientes con un TLP tenía depresión mayor, el 17% distimia, el 5% ciclotimia y el 4% trastorno bipolar. Algunos sujetos con un TLP pueden llegar a sufrir un trastorno esquizoafectivo y, desde luego, el trastorno se ha relacionado muy frecuentemente con síndromes por abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, la cocaína, el *speed,* y el *crack,* ya que algo muy denotativo de los TLP es su afán por experimentar formas variadas de realidad en busca de su propia identidad.

El TLP también se solapa ampliamente con otros trastornos del Eje I, siendo pocos los sujetos límite que no tienen el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad. La concurrencia es especialmente importante para los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico y, en menor medida, para el narcisista, el evitativo, el pasivo-agresivo y el paranoide (Widiger y Trull, 1993).

Dados los numerosos trastornos del Eje I y del Eje II que pueden darse junto con el TLP es necesario establecer un diagnóstico diferencial. En primer lugar se encuentra la diferenciación con los trastornos del estado de ánimo. Una importante diferencia entre ambos reside en la historia del desarrollo de la perturbación: los trastornos del estado de ánimo suelen tener un inicio brusco. Otra distinción se refiere a que en estos trastornos suele haber estímulos desencadenantes externos mientras que las perturbaciones del TLP parecen depender de déficit internos, sin mucha concordancia con eventos ambientales. Además, los síntomas de los trastornos del estado de ánimo son más egodistónicos que los del TLP.

Turner (1996) hace unas puntualizaciones que pudieran ayudar a realizar las distinciones entre la esquizofrenia límite y el TLP con períodos breves psicóticos. La esquizofrenia límite se caracteriza por las relaciones socialmente torpes y distantes, mientras que el TLP se distingue por las relaciones con cargas afectivas y necesitadas. En aquellas ocasiones en las que los cambios de personalidad surgen y persisten después de que el sujeto haya estado expuesto a un estrés extremo, sería conveniente considerar la posibilidad de trastorno por estrés postraumático, ya que suele ser muy frecuente, tal y como veremos más adelante la concurrencia con abusos sexuales y malos tratos durante la infancia.

Con respecto al diagnóstico diferencial de los trastornos del Eje II hay algunos de estos trastornos con síntomas que pueden confundirse con los del TLP. Así, aunque el trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulador y las emociones que cambian con rapidez, el TLP se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad. Las ideas paranoides pueden darse tanto en el TLP como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero en el TLP esos síntomas son más pasajeros y aparecen en respuesta a situaciones estresantes. Aunque el trastorno paranoide y el trastorno narcisista de la personalidad pueden caracterizarse por una reacción airada antes estímulos triviales, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la ausencia de aspectos autodestructivos, de impulsividad y de preocupaciones por el abandono los diferencian del TLP. Con respecto al trastorno antisocial de la personalidad tienen en común el comportamiento manipulador, pero las razones del TLP consisten en lograr el interés de quienes se ocupan de él mientras que en el trastorno antisocial de la personalidad es más para obtener beneficio material. Tan-

to el trastorno de la personalidad por dependencia como el TLP temen de forma notable el abandono, pero este último reacciona con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que el trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la sumisión y la búsqueda urgente de una nueva relación que reemplace la anterior (APA, 2000).

6.9. Etiología

Los primeros intentos de explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron el énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la "separación-individuación" y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de "insuficiencia" donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) abusos durante los años de formación del niño. Hoy día siguen manteniéndose algunas de las hipótesis propuestas por entonces, aunque con matices diferentes. Son muchas las teorías que resaltan el papel de los abusos sexuales o la ausencia de roles en la infancia, entre otros, en un posterior desarrollo del trastorno.

En los últimos años se viene realizando un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del TLP. Los factores etiológicos propuestos se pueden sintetizar en seis grupos; tres corresponderían a una naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil; los otros tres tendrían que ver más con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurològica y/o bioquímica (Zanarini *et al.,* 1997).

Las investigaciones centradas en los grupos propuestos de naturaleza medioambiental ofrecen los siguientes datos:

1. *Separación o pérdida parental:* entre un 37% y un 64% de los pacientes límite informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con un TLP, parece también ser útil como factor discriminativo con los pacientes psicóticos, con los que presentan trastornos afectivos o con el resto de los trastornos de la personalidad. Esta experiencia de abandono o pérdida resulta un factor, por lo demás, específico del TLP si se considera que son muchos los factores ambientales inespecíficos que se vienen asociando a este trastorno durante la infancia y desarrollo del individuo.
2. *Implicación parental alterada:* los pacientes con un TLP normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo. Parece algo general que el pa-

ciente límite provenga de una familia que está desorganizada, desestructurada, que no le sirve de apoyo y le perjudica. Éste es un ambiente que con gran probabilidad amplificaría los estilos impulsivos y afectivamente inestables de la personalidad.

3. *Abusos en la infancia:* tanto el abuso físico como el sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con el trastorno límite. El estudio de Herman *et al.* (1989) mostró que el 81% de los pacientes con un TLP había sufrido un serio trauma infantil, de los que el 67% informaba de abusos sexuales, el 17% de abusos físicos y el 62% había observado violencia doméstica. Confirmando estos hallazgos, van der Kolk, Perry y Herman (1991) informaron que el 77% de los pacientes con un TLP que había tenido un reciente intento de suicidio padecieron historias de abuso físico y el 79% de los pacientes que se lastimaban tenía una historia de abuso sexual infantil. Zanarini *et al.* (1997) llevaron a cabo un amplio estudio en el que participaron 467 individuos diagnosticados con algún trastorno de la personalidad. Tras ser evaluados, se obtuvieron los siguientes datos: un total de 358 sujetos se clasificaron dentro del TLP, de los cuales un 91% fue víctima de abusos y un 92% informó de haber sido abandonado o de sufrir otras experiencias negligentes antes de los 18 años. Además, los sujetos límite manifestaron en mayor proporción que el resto haber sido objeto de abuso emocional y físico por parte de los propios padres o cuidadores y de abuso sexual por personas ajenas.

Respecto a los grupos derivados de una naturaleza más constitucional nos encontramos con los siguientes planteamientos:

a) *Historia familiar de trastornos psiquiátricos:* a pesar de que la mayoría de los estudios varían considerablemente en su metodología, todos ellos indican poca o nula relación entre el TLP y la esquizofrenia y/o el trastorno esquizotípico de la personalidad. Pero quizá lo más importante es que se ha hallado que el trastorno es significativamente más común entre los familiares de pacientes límite que entre los individuos control. Como es obvio, sólo los estudios donde se incluyan hermanos gemelos o adoptados podrán señalar cualquier herencia genética. Así, los resultados mencionados pudieran estar indicando la presión o el papel que desempeña criarse en un ambiente con individuos con trastornos psiquiátricos más que la tendencia biológica subyacente a desarrollar cualquiera de los trastornos. Se ha señalado que los padres comparten muchos de sus rasgos problemáticos con los hijos, especialmente la impulsividad y la inestabilidad afectiva. Así, es más probable que los padres que están deprimidos, que abusan de drogas o que padecen también trastornos impulsivos de la personalidad traumaticen y/o descuiden a sus hijos.

b) *Aspectos temperamentales:* según estudios recientes, el TLP estaría asociado con un temperamento caracterizado por un alto grado de neuroticismo (p. ej., sufrimiento o inquietud emocional) y un bajo nivel de conformidad o armonía (p. ej., fuerte

individualidad). Además, el TLP es el único de los trastornos del Eje II que se asocia con un alto nivel tanto de la evitación del daño (p. ej., compulsividad) como de búsqueda de novedades (p. ej., impulsividad). Linehan (1993a) hipotetiza la existencia de una dimensión temperamental que denomina "falta de regulación emocional" como el factor predisponente del TLP.

c) *Disfunciones neurobiológicas y/o bioquímicas:* de un tiempo a esta parte, algunos autores propusieron que determinados sujetos con un TLP estaban respondiendo a un tipo de disfunción orgánica (Andrulonis *et al.,* 1981). Los datos arrojaron cifras de que un 14% de los pacientes límite había sufrido traumatismo craneal, encefalitis o epilepsia, y que el 26% presentaba el trastorno por déficit de atención y/o dificultad en el aprendizaje; sin embargo, el interés en esta área desapareció hasta hace relativamente poco tiempo, cuando un estudio (van Reekum *et al,,* 1993) encontró que el 44% de una muestra, en su mayoría constituida por varones con TLP, tenía una historia de déficit en el desarrollo, y un 58% mostraba una lesión cerebral adquirida. No obstante, han surgido datos contradictorios al respecto (Zanarini *et al.,* 1994; Kimble *et al.,* 1996), de modo que los resultados provenientes de estudios electroencefalográficos han encontrado niveles superiores de anormalidades en el EEG de los pacientes límite comparados con los pacientes deprimidos (Cowdry *et al.,* 1985-1986) y, en otras ocasiones, no se han hallado diferencias entre pacientes con el TLP y pacientes controles del Eje II (Cornelius *et al.,* 1986; Zanarini *et al.,* 1994). Igualmente, con respecto a los estudios con neuroimágenes, siguen apareciendo datos contradictorios, ya que no permiten distinguir entre pacientes límite y sujetos normales o con otros trastornos del Eje II (Lucas *et al.,* 1989; Zanarini *et al.,* 1994).

Hasta ahora apenas existen estudios que hallan evaluado los resultados de las exploraciones neurológicas en pacientes con el TLP; sin embargo, cada vez más aumenta el consenso con respecto a la presencia de numerosos indicios de anormalidades neurológicas en comparación con sujetos control. Además, los resultados bioquímicos parecen estar de acuerdo en que los sujetos con un TLP manifiestan una actividad serotoninérgica disminuida (Coccaro, 1998; Hollander *et al.,* 1994); por tanto, dicho déficit sería responsable, en parte, de los problemas de impulsividad en estos pacientes.

Son muchas las teorías que continúan proponiendo vías alternativas con el fin de desenmascarar los caminos a través de los cuales se desarrollaría un TLP. Aunque la mayoría, en general, destacan como factores fundamentales los seis grupos arriba mencionados, difieren en el papel otorgado a cada uno, en la organización y/o en las relaciones entre cada uno de ellos.

Diversos autores (Zanarini *et al.,* 1994; Zanarini *et al.,* 1997) sugieren que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial, vista la complejidad de la psicopatología límite, con lo cual plantean la sintomatología y sus manifestaciones comórbidas como el final y el producto de un conjunto complejo de temperamento innato, experiencias difíciles durante la infancia, y formas relativamente sutiles de alteraciones neurológicas y bioquímicas, lo cual podría deberse a las secuelas de esas experiencias en la infancia o

a las vulnerabilidades innatas. Por tanto, tal vez podríamos hablar de varios subgrupos de pacientes con TLP, fruto de las diversas combinaciones y/o interacciones entre todos los factores de riesgo mencionados. Así, Hurt, Clarkin, Munroe-Blum y Marziali (1992) han identificado tres grupos de pacientes con TLP. Cada grupo está definido por un conjunto específico de criterios del TLP. El primer grupo se denomina el *Grupo de la Identidad.* Los criterios que definen al grupo de la Identidad incluyen la perturbación de la identidad, la intolerancia a estar solo y las sensaciones crónicas de vacío y aburrimiento. El segundo subgrupo del TLP se denomina el *Grupo del Afecto.* Los criterios que definen el grupo dos incluyen afecto inestable, relaciones interpersonales inestables e ira inapropiada. Al tercer subgrupo se le denomina el *Grupo Impulsivo.* Los principales criterios definitorios del subgrupo Impulsivo son la conducta autolesiva y la impulsiva. Hurt *et al.* (1992) alegan que las estrategias de tratamiento serán diferentes para los distintos grupos de pacientes límite.

En resumen, la explicación del desarrollo del TLP podría tener en cuenta los siguientes aspectos. Los factores constitucionales pueden, y de hecho lo hacen, plantear el escenario para el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, no hay solamente un único factor constitucional que predisponga a una persona a desarrollar un TLP. Los factores hereditarios, los factores constitucionales y los factores temperamentales funcionan de manera interactiva. Los factores ambientales tempranos, como la calidad de las experiencias de apego y de vinculación, pueden transaccionar con el niño para aumentar la probabilidad del desarrollo de un TLP. Posteriormente, factores ambientales duros, como el abuso sexual, el abuso físico o la patología familiar (p. ej., el abuso de las drogas y el alcohol), pueden tener su impacto sobre el sistema de desarrollo. Se mantiene una perturbación constante por medio de las interacciones transaccionales entre la persona y el ambiente. Los niveles de perturbación, o de salud, van evolucionando por medio de transacciones entre la persona y el ambiente. Los sujetos con un TLP actúan de formas desadaptativas porque así se lo exigen los ambientes desadaptativos; éstos se vuelven cada vez más perturbadores, porque la persona con un TLP presiona para ello. Desde esta perspectiva, la conducta desadaptativa manifestada por personas con un TLP se concibe como adaptativa a sus ambientes desadaptativos. Algunas investigaciones apoyan ya esta perspectiva. Por ejemplo, el estudio de van der Kolk, Perry y Herman (1991) sugiere que aunque el trauma infantil grave contribuye notablemente al inicio de algunas de las características del TLP (p. ej., conducta autodestructiva), es la carencia de apegos o vínculos de seguridad, o de un ambiente familiar estable, a lo largo de la niñez y de la adolescencia, lo que las mantiene. La investigación futura sobre la etiología del TLP, a partir de un modelo multideterminante, producirá con seguridad un panorama más coherente de la etiología de estos trastornos.

6.10. Evaluación

Para la realización del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se han utilizado entrevistas estructuradas y diferentes instrumentos de autoinforme, como el PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire-IV,* Hyler, 1994) o el MCMI (*Millón Clinical Multia-*

xial Inventory, Millon *et al.,* 1994), aunque arrojan una alta proporción de falsos positivos. Por tanto, aunque son considerados instrumentos de utilidad, no son suficientes para la correcta clasificación de pacientes individuales (Leichsenring, 1999).

Con el propósito de crear un instrumento de evaluación más fiable y válido, Leichsenring elabora el Inventario de Personalidad Límite *(Borderline Personality Inventory, BPI;* Leichsenring, 1999), basándose en la teoría estructural de la personalidad de Kernberg (1984), por lo que existirían tres niveles organizados: el neurótico, el límite y el psicòtico. La personalidad límite se distinguiría de la neurótica por poseer una identidad difusa y un predominio de mecanismos primitivos de defensa, mientras que se distinguiría de la psicòtica por el modo de evaluar la realidad, relativamente normal en los pacientes límite. El cuestionario consta de 53 ítems verdadero-falso y de una serie de escalas en las que se evalúa la identidad difusa, los mecanismos primitivos de defensa, la evaluación de la realidad, el miedo al compromiso, etc. Los datos respecto a la validez discriminante informan de un alto porcentaje de éxito en el diagnóstico de los pacientes. Los resultados en cuanto a la sensibilidad son de 0,85 a 0,89, y para la especificidad oscilan entre 0,78 y 0,89. En cuanto a la consistencia interna el alfa de Crobach es de 0,68 a 0,91 y la fiabilidad test-retest de 0,73 a 0,89, no se encontraron altos niveles de falsos positivos ni de falsos negativos (Leichsenring, 1999). Otros cuestionarios que evalúan el trastorno límite son la Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad *(Borderline Personality Disorder Scale, BDP;* Perry, 1982) y el Indice del Síndrome Límite *(Borderline Syndrome Index, BSI;* Conte *et al.,* 1980).

Por otro lado, uno de los aspectos olvidados en cuanto a la evaluación del TLP ha sido la conducta autodestructiva o autolesiva que manifiestan. Muchos de los autores recomiendan considerar esta característica como un indicio o señal a la hora de identificar a estos pacientes. Con este objetivo, Sansone *et al.* (1998) presentan un Cuestionario de Autolesiones *(Self-Harm Inventory, SHI)* para medir la historia de comportamientos autolesivos, de manera intencionada, y determinar su relación con el TLP. Consta de 41 ítems que exploran diversos tipos de conductas autodestructivas, descritas en la bibliografía o por clínicos expertos. De acuerdo con los resultados, este instrumento podría predecir con una alta precisión (más del 80% de los casos) un diagnóstico de TLP.

Para la evaluación de las experiencias traumáticas, algunos autores (Arntz *et al.,* 1999) han preferido utilizar un cuestionario específico como el Cuestionario de Trauma Infantil *(Child Trauma Questionnaire, CTQ;* Bernstein *et al.,* 1994), que ofrece medidas en las siguientes escalas: abuso físico y emocional, abandono emocional, abandono físico y abuso sexual.

Con respecto a las entrevistas semiestructuradas, es muy común el empleo de la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite *(Diagnostic Interview for Borderline Patients, DIB)* que fue elaborada inicialmente por el equipo de Gunderson (Gunderson, Kolb y Austin, 1981), si bien no siguió el concepto de personalidad límite del DSM III, y la misma entrevista revisada, la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite-Revisada *(Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised, DIB-R)* (Zanarini *et al.,* 1989), que parece haber demostrado su consistencia interna, fiabilidad y validez discriminante. Está compuesta de cuatro áreas generales: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales.

Finalmente, si consideramos el comportamiento del sujeto con un TLP durante la entrevista, Othmer y Othmer (1996) señalan que este tipo de pacientes presenta una particular resistencia al contacto terapéutico debido a la inestabilidad del estado de ánimo, de sus objetivos y de su actitud hacia el entrevistador. El terapeuta debe manejar la relación centrándose de forma empática en la inestabilidad del paciente. Tiene que intentar separarla como aspecto patológico que debe ser explorado en beneficio del paciente. Hay que tener en cuenta que la intensidad y labilidad afectivas conforman la característica nuclear del sujeto con un TLP. Suele vivir los sentimientos intensamente, aunque no puede distanciarse de ellos por no tener conciencia del origen de sus dificultades.

Es difícil mantener al paciente centrado en una cuestión. Hay que dirigirle y frenar sus cambios de tema. Puede hablar de una relación como maravillosa para desdecirse poco después y devaluarla totalmente por causa de alguna experiencia negativa. Se le puede enfrentar con sus contradicciones, aunque expresando comprensión por la naturaleza de sus sentimientos ambivalentes. Suelen ser útiles las preguntas abiertas, que incitan al paciente a hablar de forma más genuina.

6.11. Tratamiento

El TLP constituye uno de los retos más difíciles en el campo de la salud mental y la terapia resulta, en la mayoría de los casos, frustrante, siendo abordada con cierta aprensión por los clínicos (Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000). El pronóstico es muy decepcionante e incluso pueden esperarse graves complicaciones médicas y sociales una vez comenzado el tratamiento. Por otro lado, la conducta autodestructiva que presentan estos pacientes unido a la posibilidad de que algún sujeto se suicide durante la intervención, dificulta aún más el tratamiento (Aramburú, 1996).

Quizá la primera pregunta que deberíamos plantearnos a la hora de planificar la intervención con un sujeto límite sería a qué subgrupo pertenece, o bien, cuáles son las características particulares que presenta dicho individuo en concreto. Ya avanzamos esta cuestión cuando se describieron las características clínicas, y es que no todos los pacientes con un TLP manifiestan los mismos problemas o repercusiones. Por ende, el tratamiento deberá adaptarse a cada paciente. Por ejemplo, un subgrupo evidente lo formarían aquellos sujetos que muestran comportamientos suicidas repetidamente. En este caso la terapia más adecuada parece ser la propuesta por Linehan (1993a, b). Si, por el contrario, el paciente se caracteriza por una actitud dependiente, con un elevado consumo de sustancias psicoactivas y con fuertes arranques de ira o impulsividad, el tratamiento oportuno sería el de Marzili y Munroe-Blum (Clarkin, 1998). Así, aunque lo que concierne a la definición y a los subgrupos del TLP pueda parecer trivial, podría ser la solución a todos los desacuerdos existentes entre los teóricos sobre la intervención en este campo, aunque existe una especie de consenso general en que la terapia debe conseguir, al menos, contener la impulsividad y regular las emociones.

Son pocos los estudios que han evaluado la eficacia de los tratamientos psicosociales para el TLP. Además, los resultados encontrados sugieren un pronóstico bastante pesi-

mista. No obstante, Linehan, en 1991, diseñó un estudio en el que puso a prueba la eficacia de su terapia dialéctica conductual. La autora parte de que, aunque algunos estudios demuestran cómo la intervención psicosocial mitiga diversas conductas suicidas, ninguno se ha centrado en trabajar con una muestra específica de pacientes con intentos suicidas, que presentan a su vez los criterios diagnósticos del TLP. De tal modo, Linehan y su grupo de investigación desarrollaron la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) aplicada a un grupo de mujeres con intentos recurrentes de suicidio *y* diagnosticadas de un TLP. Las metas del tratamiento eran: 1) reducción de las conductas suicidas o de alto riesgo para la supervivencia, 2) disminución de los comportamientos que obstaculizan el proceso terapéutico, *y* 3) reducción de las conductas que interfieren seriamente con la calidad de vida del sujeto. Con todo ello se estaría disminuyendo la frecuencia y la duración hospitalaria a medida que transcurre la intervención, lo cual serviría como medida del éxito de la intervención.

Después de un año de tratamiento, donde se combinaron la terapia individual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia grupal con formato psicoeducativo, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: en primer lugar, una reducción significativa en la frecuencia y en el riesgo médico del comportamiento suicida en aquellas mujeres a las que se les había aplicado la terapia dialéctica comparadas con las que no habían recibido esta intervención (1,5 frente a 9 intentos suicidas por año); en segundo lugar, se demostró un gran efecto de adherencia al tratamiento (sólo 4 de las 24 pacientes abandonaron a lo largo del año); en tercer lugar, los días de hospitalización psiquiátrica fueron menores para las mujeres tratadas con la terapia dialéctica (8,46 días frente a 38,86 días por año); y, finalmente, estos efectos debidos al tratamiento ocurrieron a pesar de que la Terapia Dialéctica Conductual no presentaba una eficacia diferencial en cuanto a la mejora de las pacientes en depresión, desesperanza, ideas suicidas o razones para vivir. Por lo tanto, no se conocen bien cuáles serían los factores de éxito, aunque se postula el modo en el que se lleva a cabo la terapia, combinando sesiones individuales y de grupo muy estructuradas, con una importante priorización de objetivos y apoyo terapéutico (García Palacios, este mismo volumen; Linehan *et al,* 1991; Linehan 1993a).

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales, Turner (1994) se centra en los componentes impulsivos y de ira. Integra métodos tan diversos como estrategias dinámicas para clarificar y modificar los esquemas hasta técnicas conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, sin olvidar en ningún momento la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como la principal vía para el tratamiento. Aún hoy, a pesar de algunos estudios realizados por el autor que muestran su eficacia, no parecen ser datos muy fiables todavía, por lo que sería necesaria más investigación.

Asimismo, Turkat (1990) sugiere algunas estrategias de intervención, presumiendo el importante déficit en la solución de problemas del TLP, como *a)* entrenamiento en solución de problemas; *b)* entrenamiento en formación de conceptos; *c)* manejo de la categorización (no evaluar las cosas sólo en términos de extremos); y *d)* manejo de la velocidad de procesamiento, aumentando dicha velocidad.

Dado que los pacientes con un TLP presentan serios déficit cognitivos, junto con un inadecuado control de sus emociones, algunos autores proponen la terapia cognitiva de Beck como intervención de elección. El objetivo central consistiría en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, atendiendo a los errores básicos del pensamiento. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotòmico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el dominio de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.

En relación a los factores etiológicos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia, una de las intervenciones propicias sería la "terapia de esquemas", de Young (Young, Weishaar y Klosko, 2003). Lo que intenta este autor es identificar y cambiar los esquemas tempranos desadaptativos formados durante la infancia de las personas, como son el miedo al abandono, la falta de amor, la desconfianza, la escasa autodisciplina, etc.

El último de los tratamientos psicológicos tratados aquí es la Terapia Icònica, un tipo de tratamiento innovador que se lleva aplicando desde 1997 en la Unidad Funcional TLP del Centro Asistencial de Málaga y ha estado sujeto a numerosas adaptaciones y perfeccionamiento hasta hoy día. La "Terapia Icònica para la Estabilización Emocional" (Santiago, este mismo volumen) permite a la persona impulsiva ser capaz de reflexionar evocando la sesión terapéutica, en cuestión de segundos, logrando, de este modo, anticiparse al impulso. Las estrategias en las que se basa la terapia están fundamentadas en el distanciamiento emocional y mejora de la objetividad sobre el problema, la competencia social, las autoverbalizaciones, la solución de problemas, los esquemas cognitivos, el aprendizaje de errores, etc. (véase el capítulo 21, dedicado a la Terapia Icònica).

Actualmente, el trastorno de personalidad sobre el que existen terapias diferentes y más datos de la eficacia relativa de los mismos es el TLP. En el cuadro 6.9 se resumen algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TLP.

Cuadro 6.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TLP (Caballo, 2001c).*

- La terapia cognitiva de Beck:
  - Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional.
- La terapia de esquemas, de Young:
  - Modificar los esquemas tempranos desadaptativos.
- La terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner:
  - Estrategias que implican acción, que utilizan la imaginación, y estrategias de codificación y procesamiento de la información.
- La formulación clínica de caso, de Turkat:
  - Tratamiento basado en la solución de problemas.
- La terapia dialéctica conductual, de Linehan:
  - Mejorar la eficacia interpersonal.
  - Regular las emociones.
  - Aumentar la tolerancia ante el malestar.
  - Incrementar el autocontrol.

Tratamiento farmacológico

Hablaremos brevemente de los tratamientos farmacológicos para el TLP. Este trastorno es altamente complejo y difícil de tratar, ya que se caracteriza por una importante falta de regulación en múltiples dominios. Aunque los medicamentos psicotrópicos se prescriben con frecuencia, no existe uno en particular eficaz para el tratamiento de estos individuos. Incluso cuando se acompaña de tratamiento psicosocial, el uso de medicación psicotrópica es complicado, bien sea por sus efectos secundarios, por la incapacidad para cumplir el régimen prescrito o por el alto porcentaje de suicidio debido a sobredosis.

Algunos de los fármacos más utilizados han sido (Dimeff, McDavid y Linehan, 1999): *a)* antipsicóticos, empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la paranoia, las ideas de referencia, las disociaciones y las alucinaciones; *b)* antidepresivos, prescritos sobre todo para reducir la disforia asociada al rechazo personal; *c)* estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos, para regular los intensos cambios de humor, normalizando los estados de impulsividad y agresión; y *d)* benzodiacepinas, dirigidas a reducir la ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño (véase el cuadro 6.10).

Respecto a las conclusiones que se llegan en los estudios sobre tratamiento, muchos de ellos están de acuerdo en combinar el tratamiento farmacológico con otro tipo de intervención cognitivo-conductual. Si bien no hay estudios bien diseñados que comparen la psicoterapia con la farmacoterapia, tampoco hay investigaciones sistemáticas que comparen los efectos de la combinación de medicación y psicoterapia con los de cada uno de éstos por separado.

Sin embargo, es un hecho que en la práctica clínica los dos tratamientos se suelen utilizar en combinación, aunque no resulte la elección más eficaz. Además, parece que los efectos provocados por la medicación psicotropa no son específicos y, en muchos casos, se manifiestan graves efectos secundarios. Tampoco se debe olvidar el peligro letal que entrañan por sí solos algunos medicamentos si se hace un mal uso de ellos.

Cuadro 6.10. *Algunos fármacos que pueden ser de utilidad para los síntomas característicos del TLP.*

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, síntomas hipomaníacos, impulsividad.	Estabilizantes del estado de ánimo, como sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo.
Depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad, autoagresiones.	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion IMAO.
Paranoia, pensamientos irracionales, leve desorganización del pensamiento.	Antipsicóticos a dosis bajas, preferentemente atípicos.
Cuadros de ansiedad.	Ansiolíticos a dosis bajas.

6.11.1. *Hospitalización*

El asunto de la hospitalización es un tema controvertido en el caso del TLP. Hull *et al.* (1996) encontraron que a los pacientes límite se les admite en el hospital principalmente por las siguientes razones: (1) episodios psicóticos, (2) intentos serios de suicidio, (3) amenazas de suicidio, y (4) automutilación. Paris (1998) señala que puede haber cierta lógica en la admisión por las dos primeras razones, pero que no tiene mucho sentido hospitalizar al paciente por las dos últimas. Se señala que, en ocasiones, debido a los intentos recurrentes de suicidio, se les hospitaliza para estabilizarlos e incluso para realizarles lavados de estómago. Y se indica que si aparece una crisis aguda, será el momento de ingresar al paciente en una unidad de agudos, intentando vincularlo al tratamiento mediante un contrato terapéutico que obligue al paciente a permanecer ingresado un período de dos meses aproximadamente. Pasado este período, se recomienda pasar a una hospitalización completa en régimen de comunidad terapéutica durante 9-12 meses, o ese mismo período de tiempo en régimen de hospital de día, aplicándole lo que denominamos "inmersión terapéutica", que es la aplicación simultánea de todo tipo de técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas mediante un programa personalizado y adaptado a las características concretas de su trastorno y de la gravedad del mismo.

Paris (1998) critica la hospitalización completa de la que acabamos de hablar, indicando que dicho tipo de hospitalización no reduce la conducta suicida. Es más, se señala en algunas ocasiones que esa hospitalización la puede reforzar. Paris defiende que, en el caso de que el tratamiento del sujeto límite se le haya escapado de las manos al terapeuta y éste necesite ayuda, es preferible la hospitalización en un centro de tratamiento de día y que por la noche el paciente vuelva a su casa.

6.12. Conclusiones y tendencias futuras

En este capítulo se han revisado sucintamente algunas cuestiones actuales relativas al TLP. Hemos visto algunos antecedentes históricos, nos detuvimos brevemente en el diagnóstico, especialmente en los problemas existentes con el diagnóstico diferencial, describimos algunas de sus principales características clínicas, pasamos rápidamente por la epidemiología, nos centramos más profundamente en aspectos etiológicos y, finalmente, repasamos la evaluación y algunas formas de intervención. No obstante, de toda esta información, la impresión que nos queda de los trabajos publicados sobre el TLP, al igual que sucede con la mayoría de los trastornos de personalidad (Caballo, 2004a, b), es que todavía falta mucho por conocer sobre este síndrome. Aunque cada vez se tienen más datos, parece que es mucho más lo que resta por descubrir y construir que lo que actualmente se sabe sobre el TLP. Los psicólogos cognitivo-conductuales sólo recientemente parecen haber prestado atención al campo de los trastornos de personalidad, incluyendo especialmente el TLP y decimos "especialmente" porque éste es uno de los trastornos "estrella" del Eje II que más terapias cognitivo-conductuales ha generado. Pero todavía queda mucho por hacer y las investigaciones futuras nos ayudarán a abordar este trastorno con más conocimiento y más eficacia.

7

El trastorno histriónico de la personalidad

Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet
Universidad de Granada (España)

7.1. Introducción

Ser el centro de atención constituye una situación problemática para muchas personas, para algunos tipos de personalidad; sin embargo, esa situación es la salsa de la vida para un estilo de personalidad concreto como es el estilo histriónico. Los individuos histriónicos no saben vivir sin la atención de la gente, buscando constantemente el halago, los cumplidos, las alabanzas de los demás. La vida es un escenario y ellos son los protagonistas; el resto de los actores ocupa papeles secundarios que giran alrededor del papel principal que representa el histriónico. El mantenimiento constante de ese protagonismo es uno de los principales objetivos de la vida de estos sujetos. No importa el precio que haya que pagar ni el esfuerzo que tenga que realizar. La atención de los demás es el medio y el fin de sus anhelos, es la energía de su existencia.

Los medios de comunicación de masas desempeñan hoy día un papel de notable importancia en nuestra sociedad contemporánea. Muchos de los acontecimientos parecen no suceder si no tienen su reflejo en dichos medios. Y la importancia que muchas veces se le da a los acontecimientos parece depender del grado de atención que reciben de esos medios. Muchos de los individuos con un estilo histriónico de la personalidad buscan con desesperación esa atención, hasta tal punto de fabricar y representar situaciones ficticias que "interesen" a los medios de comunicación. La cuestión central es estar en candelera, salir en las portadas de revistas y en los medios audiovisuales, obtener la atención de la gente, estar en boca del público, no importa la razón o el asunto, la veracidad o falsedad de lo que se cuenta. Eso sí, la apariencia constituye un aspecto fundamental en su exposición ante el escrutinio de los demás. Una apariencia que llame la atención, que atraiga las miradas, que derrumbe las defensas de los espectadores o interlocutores. Para el estilo histriónico no hay mejor arma para ganarse a los demás que su presencia, su "palmito", su apariencia, sus dotes de seducción; sus cualidades de atracción. Los demás están ahí para ser seducidos, engatusados, doblegados por las artes y virtudes aparentes que derrocha el histriónico. Es posible que gran parte de los actores, actrices, presentadores,

conductores de programas en los medios audiovisuales hayan desarrollado un estilo histrionico desde muy temprano. Y los medios de comunicación de masas les ofrezcan el escenario donde expresar y manifestar su más ferviente deseo: ser el objeto de las atención de los demás.

Mientras que un estilo histriónico de personalidad puede ser relativamente adaptativo en muchos contextos, especialmente los que tienen que ver con el contacto con el público, el entretenimiento de la gente, el mundo de la farándula, un sujeto con un trastorno histriónico de la personalidad (THP) lleva los comportamientos que hemos visto anteriormente a extremos notablemente disfuncionales tanto para el entorno como para el propio sujeto.

7.2. Revisión histórica

El término *histriónico* proviene de la palabra latina que significa "actor". No obstante, este concepto se encuentra ligado a lo que se denominó ya desde el tiempo de los antiguos egipcios como "histeria" para referirse a la idea de que el útero, cuando no estaba bien sujeto, vagaba por el cuerpo y al situarse en otro lugar distinto a su posición normal se producían en la persona los síntomas correspondientes. Incluso los hipocráticos solían prescribir, como tratamiento de esta "patología", el matrimonio y tener hijos para que el útero volviera a su posición correcta dentro del organismo. Con el tiempo estas explicaciones físicas se fueron sustituyendo gradualmente por teorías psicológicas, aunque se seguía haciendo énfasis en el plano emocional. En los siglos **XVIII** y **XIX** se continuó centrando el interés en el aspecto sexual de la histeria, incluso antes de que Freud elaborará sus primeros escritos sobre el tema. El empleo del término histeria, ya a principios del siglo pasado, se vio afectado por una gran controversia. Schneider (1923) propuso entonces la sustitución de "histeria" por la expresión de "búsqueda de atención", defendiendo que de esta manera se eliminaba el juicio moral y el significado tan amplio y vago que lo caracterizaba. La teoría psicoanalítica no se ocupó de los rasgos de la personalidad histérica en particular, sino de la histeria de conversión, ampliamente representada en los escritos de Freud. Dada la creencia de los psicoanalistas de que la descarga de las emociones sexuales reprimidas debía producir la cura, el primer tratamiento que propusieron para la histeria era la sugestión y la hipnosis para conseguir esa exteriorización de la tensión emocional. Lazare, Klerman y Armor (1966, 1970), mediante estudios factoriales, concluyeron que cuatro de los siete rasgos que clásicamente se habían asociado a la personalidad histérica aparecían agrupados (emocionalidad, exhibicionismo, egocentrismo y provocación sexual); sin embargo, la sugestionabilidad y el temor a la sexualidad no llegaban a formar grupos y la dependencia se mantenía en una posición intermedia, lo que les hizo pensar que quizá su muestra pertenecía al tipo de histeria más primitiva y pregenital. El DSM-I (APA, 1952) establecía diferencias entre los aspectos neuróticos de la histeria (reacción de conversión) y los rasgos de la personalidad histérica o personalidad emocionalmente inestable, como se denominaba entonces. En el DSM-II (APA, 1968) se distinguía entre neurosis histérica y personalidad histérica, pero esta clasificación no

estaba influida por las corrientes psicoanalíticas (a pesar de haber sido las predominantes para abordar este tema), sino por los agrupamientos de rasgos y conductas que definían la pauta conductual propia de este trastorno. Ya el DSM-III (APA, 1980) elimina el término de histeria, apareciendo a partir de entonces como trastorno histriónico de la personalidad, que se mantiene hasta la actualidad con el DSM-IV-TR (APA, 2000).

7.3. Estilo histriónico de personalidad: El tipo teatral

Las personas con un estilo histriónico de personalidad se caracterizan por ser extremadamente emotivas. Su sentido de la belleza, su sensualidad y sentido del humor se encargan de levantar el ánimo a quienes les rodean, por lo que es improbable que se aburran. La tendencia a exteriorizar sentimientos y la vitalidad que en principio irradian son cualidades positivas que hacen ser a estas personas el centro de atención en muchas situaciones sociales. Sin embargo, cuando este tipo de comportamientos es llevado al extremo podemos estar hablando de un trastorno de la personalidad cuyos aspectos característicos no son ya tan positivos. Cuando la persona presenta una emotividad extrema con altibajos emocionales, el hecho de llamar la atención se convierte en una necesidad básica. Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características típicas del estilo histriónico de personalidad:

- Se guían por sensaciones, pudiendo cambiar de un estado de ánimo a otro al vivir cada situación de forma excesivamente emotiva.
- Efusivos y con gran imaginación, son propensos al romance y al melodrama.
- Necesitan los elogios y los cumplidos como algo básico de su vida.
- Activos y espontáneos, se dejan llevar por la situación de manera impulsiva.
- Preocupados por la apariencia, siguen las tendencias de moda.
- Se gratifican con su sexualidad, son seductores y encantadores.
- Les gusta ser el centro de atención y cuando lo consiguen aprovechan la situación.
- Valoran a las personas en función de las emociones que les provocan.
- Su vida llena de colores, donde ocurren muchas cosas, parece más interesante que la de los demás, siendo capaces de transformar un hecho corriente en un episodio teatral.
- Demuestran abiertamente sus sentimientos, dejando sus emociones a la vista de todo el mundo.
- Reaccionan ante cualquier situación emocionándose y cambiando la valencia de sus emociones con facilidad.
- Son muy efusivos y pasionales, llegando a enfadarse de manera explosiva con alguien, pero sin llegar a ser rencorosos.
- Hábiles para interpretar las señales no verbales de los demás.

Su búsqueda constante de situaciones emocionantes les hace escapar de conversaciones acerca de temas serios, de la planificación y la rutina. Les atrae el espectáculo y los

sucesos antes que las finanzas o la política. Son impacientes en casi todos los aspectos, por lo que terminan cansándose fácilmente de cualquier cosa que lleven haciendo un tiempo. No esperan que los acontecimientos aparezcan en su vida, sino que buscan las experiencias que satisfagan sus necesidades de estimulación externa. Les encanta despertar pasiones en los demás, lo que suelen conseguir frecuentemente. Su ambiente ideal son situaciones sociales donde poder sentirse el alma de la fiesta, ganarse amigos e influir sobre los demás.

A la hora de relacionarse con otros estilos de personalidad parece que los tipos que más suavizan la expresión emocional de los histriónicos son los esquizoides y los evitativos. Los de estilo paranoide aportan independencia y cautela. La relación que mantendría un histriónico con un tipo obsesivo-compulsivo parece ser la más equilibrada, ya que se aportan mutuamente lo que al otro le falta: el primero aporta imaginación y espontaneidad y el segundo estabilidad, responsabilidad y seguridad. En el caso de un histriónico y un narcisista, aquello que les une son precisamente los rasgos comunes, como ser el centro de atención o tener admiradores. Dos personas de tipo histriónico competirán por el protagonismo y si uno de ellos es límite la relación puede llegar a ser explosiva y destructiva, sobre todo cuando los altibajos emocionales que presentan los dos no coinciden. Los individuos con un estilo dependiente prodigan la atención y valoración que tanto necesita el histriónico, aunque duden de la fidelidad de estos últimos. Los evitativos valorarán la vida social del histriónico, pero si éste se percata de que el evitativo se siente ansioso en situaciones sociales, podrían llegar a ridiculizarlos en público. Con el antisocial, el histriónico verá satisfechas sus ganas de experiencias nuevas y excitantes, aunque pueden acabar mal dada la irresponsabilidad que les caracteriza a los dos. ••

• *Cómo relacionarse con un tipo histriónico*

Cuando nos encontramos con personas de nuestro entorno que presentan este estilo de personalidad, la mejor forma de intentar que la relación sea provechosa es tener en cuenta una serie de pautas que pueden facilitar la interacción. Oldham y Morris (1995) aconsejan no reprimir a estas personas sus ideas por hacer cosas nuevas, sus planes y su capacidad para disfrutar de sus experiencias. Necesitan que se les valore y se les elogie, pero siempre de forma sincera, ya que son muy intuitivos, retribuyéndoles constantemente el cariño que necesitan. Es conveniente ser detallista con la persona teatral y obsequiarle de vez en cuando con regalos que le hagan sentirse queridos. No son capaces de ocuparse de determinados asuntos, como la economía del hogar u otras responsabilidades, por lo que su pareja deberá asumir estas tareas. Su carácter tempestuoso puede hacerles estallar de ira. La manera de sobrellevar la situación por parte de los demás es dejarlo que amaine, ya que no son personas rencorosas y suelen olvidarse del asunto rápidamente. No es aconsejable ser celoso con este tipo de personas y sobre todo si su relación de pareja en la intimidad funciona con normalidad. Es probable que delante de otra gente intenten llamar la atención, pero no pasará de ahí.

7.4. El trastorno histriónico de la personalidad: diagnóstico

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno histriónico de la personalidad (THP) son bastante similares, definiendo ambos sistemas nosológicos un síndrome caracterizado por síntomas tales como la búsqueda de atención y la emotividad excesiva. En el cuadro 7.1 podemos ver esos criterios diagnósticos.

Cuadro 7.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno histriónico de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10
Un patrón general de excesiva emotividad y búsqueda de atención que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad.
	B) Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:
1. Expresa las emociones de manera teatral, exagerada y como si estuviera representando una escena.	1. Tendencia a la representación de papeles, a la teatralidad y a la expresión exagerada de las emociones.
2. Es sugestionable, es decir, es fácilmente influenciadle por los demás o las circunstancias.	2. Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
3. Manifiesta una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.	3. Afectividad lábil y superficial.
4. Está incómodo en situaciones en las que no es el centro de la atención.	4. Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
5. La interacción con los demás se caracteriza a menudo por conductas sexualmente seductoras o provocativas de forma inapropiada.	5. Comportamiento y apariencia marcados por un deseo inapropiado de seducir.
6. Utiliza constantemente la apariencia física para llamar la atención.	6. Preocupación excesiva por el aspecto físico.
7. El estilo del habla es excesivamente Impresionista y no incluye detalles.	Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.	Incluye: *Personalidad psicoinfantil e histérica* *Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad*

7.5. Características clínicas

La sintomatología más característica del THP es la teatralidad, la emotividad generalizada y excesiva así como la presencia de emociones volubles y cambiantes. Son seductores, exagerados y caprichosos y valoran sus relaciones con los demás como más íntimas de lo que objetivamente serían para otras personas. Se guían más por sus sentimientos que por el raciocinio, por lo que resultan muy pasionales en todo lo que hacen. Utilizan su apariencia física y su espectacularidad emocional como elementos para conseguir llamar la atención, siendo ésta otra de sus necesidades básicas. A continuación se muestran en los cuadros 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5 los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos que caracterizan al THP.

De las características conductuales que mejor definen el THP se deduce el estilo de comportamiento que presentan estos sujetos. Los individuos con un THP muestran conductas teatrales, altamente expresivas y seductoras, siendo capaces de casi cualquier cosa por llamar la atención. A pesar de ser muy dependientes de la opinión y elogios de los demás, pueden entregarse a ciertas personas en un primer momento muy apasionadamente, terminando por cansarse de ellos en cuestión de poco tiempo. La búsqueda constante de nuevas experiencias que acaben con su tendencia a aburrirse los hace estar activos constantemente y a reaccionar con facilidad ante la estimulación novedosa. Su tendencia a la búsqueda de atención no se limita al hecho de relacionarse simplemente con los demás, sino que es en ellos una necesidad para reafirmar su valía personal terminando por actuar según las expectativas que de ellos tienen formadas los demás. Evita hablar de temas serios y su conversación carece de trasfondo, utilizando generalmente un lenguaje superficial en su expresión verbal. El medio para ganar amigos es la provocación y el coqueteo, ya que confunden la simple atracción con la intimidad de una relación bien establecida.

Cuadro 7.2. *Aspectos conductuales característicos del THP.* [*]

- Comportamiento teatral, donde la expresión de sus sentimientos parece más superficial que profunda o real.
- A pesar de presentar una imagen inicial de buena voluntad, son incapaces de mantenerla cuando las relaciones requieren profundidad y persistencia.
- Se activan y reaccionan con facilidad.
- Tienen apariencia seductora y encantadora.
- Caprichosos y exhibicionistas.
- Tienen un comportamiento coqueto y sexualmente provocador hacia los demás.
- Impulsivos y extravertidos, buscan continuamente activación.
- Manifiestan fácilmente interés en los demás.
- Búsqueda activa de la atención de aquellos que le rodean, que suelen ser muchos conocidos y pocos amigos de verdad.
- Son capaces de establecer rápidamente nuevas relaciones, pero tienen problemas para mantenerlas a largo plazo.
- Utilizan sus habilidades para ser simpáticos, sociables e incluso interpersonalmente explotadores.
- Su deseo de obtener la aprobación, el afecto, el apoyo y los elogios de los que le rodean hace que se comporten en función de las expectativas de los demás.

Cuadro 7.3. *Aspectos cognitivos característicos del THP.*

- Habilidad para interpretar las emociones de los demás.
- Creativos, competitivos, egocéntricos.
- Falta de empatia.
- Pensamiento impulsivo, vago, poco analítico.
- Confían en las intuiciones, más que en el análisis de las situaciones.
- Olvidadizos, irresponsables.
- Optimistas, confían en los otros.
- Dispuestos a agradar a los demás.
- Fácilmente influenciables, especialmente por figuras con autoridad.
- Notable preocupación por el atractivo físico.
- Muy sensibles al rechazo.
- Pueden disociar fácilmente su "yo interior" de su "yo público".
- Necesidad de gratificación inmediata; se frustran fácilmente.
- Evitan pensamientos introspectivos, sobre todo aquellos que hacen conscientes sus necesidades de dependencia y otros que resulten especialmente perturbadores.
- Atención dispersa por los detalles.
- Susceptibilidad para la distracción.
- Incapacidad para concentrarse e involucrarse en tareas cognitivas complejas.
- Necesidad de aprobación y apoyo social.

Estos individuos parecen tener más habilidad para conocer a los demás e interpretar lo que les ocurre de lo que lo son para conocerse a sí mismos, siendo sensibles para captar las necesidades de aquellos de los que pretenden conseguir aprobación. La explicación de esta tendencia es que evitan generalmente pensamientos que les haga conocerse profundamente, en especial aquellos que puedan resultar perturbadores o les hagan conscientes de sus necesidades escondidas de dependencia. Por lo tanto, evitan profundizar en su propio conocimiento así como en las relaciones interpersonales, con el objetivo de no perder su estrategia de superficialidad de la que se benefician. Al carecer de habilidad para ponerse en el lugar de los demás, son vistos en muchas ocasiones como egocéntricos, ya que dirigen siempre su atención hacia ellos mismos. Al poseer una orientación cognitiva externa son incapaces de involucrarse en tareas intelectuales complejas debido a la susceptibilidad a la distracción que presentan y que les provoca la incapacidad para mantener la atención y la tendencia a perderse en los detalles en este tipo de tareas. Resultan también olvidadizos y desorganizados, incluso para temas importantes. Sin embargo, poseen una gran imaginación y creatividad, sobre todo a la hora de expresar de forma teatral sus experiencias exponiéndoselas a los demás. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 7.4.

El cuadro 7.5 refleja los aspectos emocionales más característicos del THP. Estos sujetos se emocionan fácilmente, presentando un estado emocional tan cambiante que pueden pasar del entusiasmo al enfado rápidamente y en un corto período de tiempo, según hayan sido las experiencias del día. Al reprimir todas las emociones negativas consiguen

Cuadro 7.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del THP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Para ser feliz los demás tienen que prestarme atención."	Afirmaciones de "debería"	Dependencia de los demás
"Si no entretengo o impresiono a la gente no soy nada."	Adivinación del pensamiento	Búsqueda de aprobación
"Si no atraigo la atención de los demás no les gustaré."	Adivinación del pensamiento	Búsqueda de aprobación
"Es terrible que la gente me ignore."	Baja tolerancia a la frustración	Dependencia de los demás
"Debo ser el centro de atención."	Afirmaciones de "debería"	Dependencia de los demás
"No tengo que preocuparme por pensar mucho las cosas: puedo seguir mis intuiciones."	Inferencia arbitraria	Autocontrol insuficiente
"Si entretengo a la gente no advertirán mis debilidades."	Adivinación del pensamiento	Búsqueda de aprobación
"No soporto el aburrimiento."	Baja tolerancia a la frustración	Autocontrol insuficiente
"Si siento que me gusta hacer algo debo hacerlo."	Razonamiento emocional	Autocontrol insuficiente
"La gente sólo me prestará atención si actúo de forma extrema."	Adivinación del pensamiento	Privación emocional

que todo lo que hacen tenga un carácter positivo y optimista. Se cansan fácilmente de la rutina ya que andan continuamente en busca de nuevas experiencias para no caer en la frustración de una vida aburrida para ellos. En este plano también son muy dependientes de los demás y, aunque los sujetos histriónicos son ideales para los primeros momentos de una relación, terminan cansándose de la misma pareja después de un tiempo y prefieren buscar a otra.

Como en otros trastornos de la personalidad, las personas con un THP presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar los problemas fisiológicos y médicos que se reflejan en el cuadro 7.6. Parece que estos individuos son propensos a sufrir percances debido a su afán por llamar la atención así como a su búsqueda de nuevas experiencias al ser individuos muy extravertidos. En cuanto al desarrollo de enfermedades psicosomáticas, parece haber una relación entre mujeres con el THP, que hace décadas eran tratadas por

Cuadro 7.5. *Aspectos emocionales característicos del THP.*

- Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento.
- Emocionalmente inestables.
- Alteración dramática y superficial del estado de ánimo.
- Malestar si no son el centro de atención de los demás.
- Alta dependencia emocional de los demás.
- Respuestas emocionales exageradas, cambiantes, superficiales.

Cuadro 7.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del THP.*

- Enfermedades psicosomáticas, trastornos de conversión.
- Pueden tener disfunciones psicosexuales: anorgasmia en la mujer e impotencia en el hombre.
- Otras complicaciones debidas a posibles accidentes.

los clínicos de la época bajo la etiqueta de personas "histéricas", y la manifestación de algunos síntomas, como cegueras, sorderas o parálisis "histéricas" en estas mujeres.

En el cuadro 7.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad histriónica puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado.

Cuadro 7.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Pueden triunfar en profesiones donde actuar o exponerse al público sea su aspecto fundamental: actores/actrices, modelos, presentadores, relaciones públicas, etc.
- No tienen problemas para atraer pretendientes, pudiendo ser muy promiscuos.
- No proporcionan una base sólida para relaciones duraderas.
- En su afán por llamar la atención pueden provocar accidentes o Intentos de suicidio.
- Pueden tener problemas con la ley y/o con las drogas.

Cuadro 7.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un THP.*

Visión de uno mismo

- Impresionante, encantador, atractivo, seductor.

Visión de los demás

- Seducibles, receptivos, admiradores, protectores.

Estrategia principal

- Utiliza el teatro, el encanto, las pataletas.
- Llora, manipula, gestos suicidas.

El cuadro 7.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un THP.

7.6. Epidemiología y curso

Se ha informado de una prevalencia del THP en la población general de un 2 al 3% aproximadamente (APA, 2000; Weissman, 1993), aunque algunos autores ofrecen porcentajes más bajos, como el 1,3% (Maier *et al.,* 1992).

En población clínica, la prevalencia ha ido del 10 al 15% (APA, 2000). Blashfield y Davis (1993) concluyeron que la prevalencia de este trastorno está alrededor de un 24% en población clínica, resultando uno de los trastornos más prevalentes de los diagnosticados en el Eje II.

Algunos de los síntomas que caracterizan al THP, como la emotividad, la seducción, el estilo interpersonal dramático, la búsqueda de nuevas experiencias, la sociabilidad o la tendencia a la somatización, entre otras, pueden ser más o menos indicadores de la presencia de un trastorno de este tipo en función de lo que la cultura del individuo que los manifieste fomente este tipo de comportamientos o los reprima.

Así, es probable que en culturas orientales aparezcan menos diagnósticos de THP que, por ejemplo, en culturas latinas donde las propias prácticas tradicionales de socialización fomentan este tipo de comportamientos más desinhibidos (Johnson, 1993; Padilla, 1995).

Muchos estudios han señalado, coincidiendo con el DSM-IV-TR, que no existen diferencias significativas de sexo a la hora de diagnosticar el THP tanto en pacientes ingresados como en aquellos ambulatorios e incluso en sujetos no clínicos (Bornstein, Greenberg, Leone y Galley, 1990; Hamburger, *et al*., 1996; Reich, 1987). Sin embargo, en otras investigaciones donde han usado metodologías similares, han encontrado que las mujeres reciben este diagnóstico más frecuentemente que los hombres (Schotte, de Doncker, Maes, Cluydts y Cosyns, 1993; Zimmerman y Coryell, 1989), siendo estos últimos datos los que cuentan con más apoyo.

El cuadro sintomático del THP va variando en función de la edad. Las tendencias histriónicas en niños están asociadas a conductas manipuladoras, de demanda e inmadurez. El comportamiento de los adolescentes y adultos histriónicos está más cerca ya del prototipo que se describe en el DSM-IV-TR y se encuentra asociado a la seducción, la teatralidad y la pseudohipersexualidad (Bornstein, 1999).

7.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Dado el carácter cambiante en la expresión emocional de los sujetos con un THP, puede confundirse esta etiqueta con el diagnóstico de ciclotimia o trastorno bipolar no especificado, siendo más probable encontrar similitudes cuando se trata de la fase eufóri-

ca de estos tipos de trastornos bipolares. La diferencia estriba en que los altibajos emocionales de los sujetos con THP no son en intensidad y duración tan amplios como en el caso de los mencionados trastornos del estado de ánimo. En cuanto a otros trastornos de la personalidad, el THP podría confundirse con el límite, el narcisista, el antisocial y el dependiente, pero el THP se distingue del límite en la autodestructividad, en los sentimientos profundos de vacío y alteraciones de la identidad que predominan en este último; con respecto al antisocial las diferencias estriban en que los THP suelen ser más exagerados en sus emociones y no se implican en comportamientos delictivos; mientras que el narcisista busca la atención de los demás para ser halagados por su superioridad, el histriónico busca dar una imagen frágil y dependiente como medio para conseguir la atención de los otros; por último, los dependientes no presentan las características exageradas y extravagantes de los histriónicos (APA, 2000).

El trastorno histriónico de la personalidad muestra una comorbilidad sustancial con algunos trastornos del Eje I como con trastornos de ansiedad (Blashfield y Davis, 1993), trastornos somatoformes (Reich, 1987), trastornos disociativos (Boon y Draijer, 1993) y con la distimia (Pepper *el al.,* 1995). Con respecto al solapamiento con otros trastornos de la personalidad, el THP está asociado al límite, narcisista, antisocial y dependiente, según la mayoría de estudios (Flick *et al.,* 1993; Johnson y Bornstein, 1992; McCann, 1991), aunque otros apuntan comorbilidad con el paranoide, el obsesivo-compulsivo y el evitativo (Blashfield y Davis, 1993; Nestadt *et al.,* 1994). Otros problemas relacionados que pueden aparecer simultáneamente con el THP son trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales como el vaginismo, la dispareunia, el trastorno de la activación sexual y el trastorno orgàsmico (Robinson, 1999).

7.8. Etiología

Parece haber alguna relación potencial entre la vulnerabilidad para desarrollar un THP y factores temperamentales hereditarios, pero la falta de evidencia empírica y de investigación en esta área no nos permite extraer conclusiones claras. Millon y Everly (1994) proponen una serie de factores de tipo ambiental asociados a la etiología y desarrollo de este trastorno de la personalidad, como los siguientes:

A) Refuerzo parental de las conductas histriónicas

El niño aprende conductas con las que obtiene la atención y el afecto parental, por lo que mantiene esos comportamientos similares a los que se incluyen dentro del patrón histriónico. El estilo de refuerzo que proporcionan los padres de estos niños suele ser de tres tipos: castigo mínimo, refuerzo positivo contingente a la conducta complaciente del niño y refuerzo positivo intermitente de esas conductas, lo que resulta muy eficaz para el mantenimiento de ese comportamiento por parte de los hijos. Este tipo de aprendizaje tiene una serie de consecuencias para estos sujetos, como es la búsqueda indiscriminada

de refuerzo positivo tras la realización de determinados comportamientos, sin llegar a discriminar cuándo son excesivos, la dependencia de la aprobación por parte de los demás para autovalorarse y la tendencia a comportarse de esta forma en un gran número de situaciones y personas distintas (al no discriminar qué conductas les serán reforzadas, como consecuencia del aprendizaje por refuerzo intermitente).

B) Modelos parentales histriónicos

Dado que los padres son los principales modelos a la hora de que sus hijos aprendan comportamientos que creen que son deseables, mediante este aprendizaje vicario un niño adquirirá conductas histriónicas si sus padres presentan este estilo de comportamiento.

C) Aprendizaje de conductas manipulativas

Este tipo de aprendizaje suele darse debido a la rivalidad existente entre hermanos en la infancia. Los niños aprenden a utilizar sus encantos para ganar el afecto y aprobación de los padres compitiendo con sus hermanos, lo que origina que interioricen este tipo de estrategia y generalicen este comportamiento en edades posteriores y con personas de otros ámbitos distintos al familiar. Estas estrategias, basadas en la seducción, son adquiridas para conseguir su objetivo principal, como es el llamar la atención, sin que constituya una tendencia propia de sí mismos para expresarse ante los demás.

7.9. Evaluación

Para la evaluación del THP se utilizan las entrevistas semiestructuradas y los inventarios generales para todos los trastornos de la personalidad. No obstante, Othmer y Othmer (1996) ofrecen una serie de sugerencias para ser utilizadas cuando se entrevista a los sujetos con este trastorno. Los pacientes histriónicos raramente tienen problemas para empezar una sesión. Cuando éstos llegan a consulta parecen estar más interesados en la admiración y aprobación que en la relación terapéutica, por lo que es difícil establecer un buen vínculo. Las primeras entrevistas se caracterizan por una exagerada emotividad, la vaguedad de los relatos, la superficialidad y la inconsistencia de los mismos. Si el entrevistador es del sexo opuesto intentará seducirlo, mientras que si es de su propio sexo lo considerará como un rival. Suelen disfrutar de la situación de terapia, al menos al inicio, ya que acaparan claramente la atención del terapeuta. Pero, de igual manera, debido a sus exigencias emocionales, pueden abandonar el tratamiento cuando se sientan frustrados. La exhibición de sus emociones es para que el terapeuta las disfrute, no para que haga catarsis con ellos. A pesar de la expresividad facial excesiva y de la gesticulación abundante, los pacientes no parecen estar implicados en las historias que cuentan.

Con el fin de obtener información suficiente para una buena evaluación diagnóstica se requiere que el clínico sea capaz de superar la vaguedad y la falta de sinceridad del paciente. Las preguntas no estructuradas y con final abierto no suelen funcionar, ya que estos individuos se despistan fácilmente y se pierden al relatar historias que les han sucedido. Es conveniente plantear un tema principal (p. ej., los problemas de pareja) a partir del cual hacer que el sujeto exprese ejemplos concretos, controlando a la vez sus divagaciones. Atacar las contradicciones suele dar como resultado la ira del paciente y la pérdida del vínculo terapéutico, por lo que el entrevistador deberá de expresar empatia y ánimo.

7.10. Tratamiento

Hay autores que son muy pesimistas con respecto a la posibilidad de modificar los patrones básicos de la personalidad histriónica (p. ej., Turkat, 1990). Este autor propone que, en algunos casos muy concretos, el *entrenamiento en empatia* puede ser útil. Por medio de este procedimiento se le enseñan al paciente habilidades básicas, como la escucha activa, parafrasear y reflejar lo que el otro dice. El objetivo es que aprenda a prestar más atención a la gente que está a su alrededor y a centrarse cada vez más en los sentimientos de los demás. Se puede utilizar la representación de papeles con retroalimentación por medio del vídeo. Algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del THP pueden verse en el cuadro 7.9.

Seguidamente nos detendremos brevemente en algunos procedimientos más sistemáticos para la intervención sobre el THP.

Cuadro 7.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del THP (Caballo, 2001c).*

- Entrenamiento en empatía
  - Escucha activa, parafrasear y reflejar lo que el otro dice.
- La terapia de integración, de Horowitz.
- La terapia cognitiva, de Beck.
  - Registro diario de pensamientos.
  - Entrenamiento en solución de problemas y en asertividad.
  - Cuestionamiento de creencias.
- La terapia de valoración cognitiva, de Wessler.
  - Autorrevelación, para mantenerse en contacto con la realidad.
  - Reenmarcar las verbalizaciones del paciente.
  - Uso del humor para desinflar el estilo melodramático.

7.10.1. *La terapia de integración, de Horowitz*

Horowitz (1995) plantea una integración de aspectos psicoanalistas y cognitivo-conductuales para la intervención sobre el THP. Dicha intervención la divide en 4 fases que, resumidamente, serían las siguientes:

Fase 1. Clarificación de los fenómenos sintomáticos y establecimiento de una alianza terapéutica. El primer objetivo de esta fase es estabilizar las emociones del paciente, prestándole apoyo para reducir la probabilidad de conductas autolesivas y ayudarle a sentirle con más control de sí mismo. El segundo objetivo sería centrarse en los patrones interpersonales desadaptativos.

Fase 2. Identificación y afrontamiento de los cambios en el estado mental. El objetivo de esta fase es que el paciente mantenga unos estados de funcionamiento más auténticos. En esta fase se enseña al paciente a pensar antes de actuar, a hablar clara y tranquilamente mientras expresa ideas y emociones, a enlentecer el flujo de ideas para evitar la inundación emocional, a evitar el humor inapropiado, la simpatía excesiva o la conducta de flirteo, y a expresarse de forma auténtica como una forma de conseguir la atención.

Fase 3. Identificación y contraataque de los procesos defensivos de control. El objetivo de esta fase es modificar los procesos defensivos de control que constituyen un obstáculo para la terapia. En esta fase se contraataca la tendencia a evitar o abandonar rápidamente un tema que contenga conflictos y dilemas, se refuerzan las conductas de observar el comportamiento de los demás, se modela cómo guardar temas sin resolver hasta que se consigan aspectos de elección racional, etc.

Fase 4. Identificar y ayudar al paciente a modificar creencias irracionales y contradicciones en los esquemas sobre sí mismo y los demás. En esta fase, se ayuda al paciente a modificar, integrar y desarrollar conceptos del papel y de las relaciones con los demás. Se identifican patrones de dependencia excesiva, de percepciones autoderrotistas sobre uno mismo, temores a ser abandonado, etc. fomentando conductas opuestas, como el tomar las riendas de las propias acciones, contrastar las percepciones negativas con los hechos reales, etc. Esta última fase sería básicamente una fase de reestructuración cognitiva similar a la terapia cognitiva de Beck.

7.10.2. *La terapia cognitiva, de Beck*

Beck y Freeman (1990) plantean la dificultad de tratar a un sujeto con un THP por medio de la terapia cognitiva. Proponen que, incluso antes de que comience la terapia, el individuo con un THP necesita aprender a centrar la atención en sólo un tema a la vez. El establecimiento de un índice de contenidos es una buena manera de empezar a centrar la atención en los aspectos específicos de la sesión de terapia.

Dada la facilidad con que el paciente con un THP puede abandonar la terapia, se tienen que plantear objetivos específicos y concretos realmente importantes para aquél, de forma que obtenga beneficios a corto (especialmente) y a largo plazo. Sin embargo, después de las etapas iniciales de tratamiento, la intervención real dependerá de los problemas y objetivos particulares que presente el paciente, pero sin olvidarse de abordar los distintos elementos cognitivos que caracterizan al THP, con el fin de conseguir cambios duraderos en el síndrome general. De este modo, algunos de los procedimientos de tratamiento para el THP planteados por Beck y Freeman (1990) serían los siguientes:

a) Anotar los pensamientos por medio de la Hoja de Registro Diario de Pensamientos como un medio de aprender la habilidad de identificar y cuestionar los pensamientos con el fin de cambiar las emociones. Este registro les servirá también para empezar a controlar su impulsividad, pensando antes de actuar.
b) Dedicar un tiempo extra a explicar a los sujetos con un THP la utilidad de las tareas para casa, dada la elevada probabilidad de que los pacientes las encuentren aburridas.
c) Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
d) Entrenamiento en asertividad. Este procedimiento implica el empleo de métodos cognitivos para ayudar a los pacientes a prestar atención a lo que quieren y empezar a desarrollar una sensación de identidad, además de las técnicas más conductuales para enseñarles a comunicarse de forma más adaptativa. Si el entrenamiento es en grupo, tanto mejor.
e) Cuestionar la creencia de que la pérdida de una relación sería desastroso. Para ello se pueden emplear dos métodos: 1) Desdramatizar la idea de rechazo; 2) Diseñar experimentos conductuales que deliberadamente programen pequeños "rechazos" (p. ej., con extraños). Cuestionar también la creencia de que no pueden hacer las cosas ellos solos.
f) Si tienen una relación íntima con otra persona, es probable que necesiten terapia de pareja.

7.10.3. *La terapia de valoración cognitiva, de Wessler*

La terapia de valoración cognitiva (TVC) es una terapia cognitivo-conductual que ha evolucionado hacia un enfoque integrado para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Wessler, 1993, 1977, 2004; Wessler y Hankin-Wessler, 1991). En el capítulo 17 se presenta la aplicación de este tipo de terapia a varios trastornos de la personalidad, incluyendo el THP.

7.11. Conclusiones y tendencias futuras

El estilo histriónico de la personalidad engloba una serie de comportamientos muy extendidos en nuestros días, especialmente por la gran difusión que tienen por los medios de comunicación de masas. Con frecuencia, este tipo de conductas son notablemente reforzados no sólo en pequeños grupos sino a nivel general por toda la sociedad. No obstante, cuando esas características son llevadas al extremo constituyendo un trastorno de la personalidad, convierten al individuo en un esclavo en búsqueda de atención y aprobación por parte de los demás. Esa irrefrenable necesidad de atención puede favorecer, además, otros tipos de problemas, como la búsqueda incesante de una pareja (que difícilmente cumplirá con sus expectativas), el consumo de drogas e incluso determinadas enfermedades psicosomáticas. Cuando algunas conductas histriónicas son reforzadas por

el entorno a lo largo del tiempo (al resultar atractivas cuando no son llevadas al extremo), pueden llegar a mantenerse e incrementarse hasta el punto en que, una vez esa tendencia desemboca en un trastorno de la personalidad, el propio entorno lo rechace.

Aunque hay propuestas existentes en la actualidad con respecto al tratamiento del THP, no se ha establecido una terapia eficaz para dicho trastorno. Incluso la terapia cognitivo-conductual resulta ser poco eficaz en la mayoría de estos casos. A pesar de que podemos encontrar muchos ejemplos de este estilo de comportamiento a nuestro alrededor, es difícil conseguir una muestra con la que poder investigar, debido a que estos sujetos no acuden a consulta, al menos por este problema. Ésta es una de las principales dificultades con la que nos encontramos a la hora de intentar desarrollar aquellas áreas que actualmente presentan lagunas importantes en el conocimiento del THP.

8

El trastorno narcisista de la personalidad

Vicente E. Caballo, Rebeca Bautista y Cristina López-Gollonet
Universidad de Granada (España)

8.1. Introducción

En la actualidad nuestra sociedad favorece el individualismo ("nuestras necesidades son lo primero") y la progresión laboral y profesional a costa del esfuerzo de los demás. Características como la seguridad en uno mismo, la persuasión o la competitividad constituyen aspectos altamente valorados hoy día y si estos elementos van dirigidos a la consecución de objetivos, la posibilidad de ser reforzados por la sociedad es muy elevada. No importa que ello conlleve la humillación, el menosprecio, la infravaloración o la destrucción de sujetos que no se adaptan al estilo productivo. Aquellos individuos que no se acoplan al estilo competitivo de nuestra sociedad, bien como líderes o bien como apoyo y aliento de los líderes, acabarán siendo apartados de la ruta principal hacia el "éxito". El estilo narcisista sabe utilizar estas tendencias de nuestra sociedad en su favor y sacar provecho de ellas para progresar y avanzar en el terreno profesional. Tendrá siempre un entorno laboral que le suministrará individuos de quienes sacar partido y cuyo esfuerzo será explotado en beneficio propio. Sus argucias políticas o de negocios y el talante extravertido que presenta el estilo narcisista favorecen la eliminación de elementos y personas que obstaculizan el camino del "líder". Y parece que el número de sujetos que podrían encajar dentro de ese estilo hoy día está incrementándose en nuestra sociedad a pasos agigantados. Parafraseando a Melanie Klein, se ha hablado del narcisismo como una de las personalidades "neuróticas" de nuestro tiempo, muy frecuente en la sociedad occidental, especialmente en determinadas profesiones como abogados, médicos, deportistas, gente del espectáculo, políticos y profesores de universidad. Cuando se trata de un estilo de personalidad, muchas de las características que hemos visto, pueden ser útiles en el contexto laboral y reforzadas por éste, aunque el entorno social es probable que reaccione de forma diferente y padezca las consecuencias de buena parte de esos comportamientos no adecuados al mismo. Sin embargo, cuando dichas características son llevadas al extremo, estaremos hablando no ya de un estilo, sino de un trastorno de la personalidad. Raramente un sujeto con un trastorno narcisista de la personalidad (TNP)

acudirá a buscar ayuda psicológica. "Son los demás los que tienen que cambiar, no él." Pero a veces su patrón de comportamiento puede llevarle a situaciones difíciles (p.ej., depresión, abuso de drogas, etc.). En este caso, pudiera ser que solicitaran la intervención de un psicólogo. Como dice Paris (1998), sólo acuden a terapia aquellos para quienes el precio a pagar en esta sociedad se ha vuelto demasiado elevado.

8.2. Revisión histórica

El término *narcisismo* proviene de un antiguo mito griego donde se cuenta que Narciso, admirado por su belleza, se le prohibió observar su cuerpo a cambio de una larga vida. Narciso rechazó el amor de los demás y se enamoró de su propia imagen reflejada en el agua de una fuente. Su destino fue consumirse en un deseo insatisfecho y transformarse en la flor que lleva su nombre. Havelock Ellis (1898) fue el que lo conceptualizó por primera vez como *prácticas masturbatorias o autoeróticas.* Paul Nacke (1899) utilizó el término de forma similar al aplicarlo al hecho de estar absorto en el propio cuerpo de la forma usualmente reservada al sexo opuesto. Sadger (en Millon, 1998) aplicó el término a otras supuestas perversiones, como era considerada en ese tiempo la homosexualidad. En 1914 Freud adaptó el narcisismo a la teoría de la libido, concibiendo la fase autoerótica como la condición narcisista primaria. En 1926 Reich formuló el denominado *carácter fálico narcisista.* Fenichel (1945) describió a los narcisistas como los "Don Juanes del triunfo".

Benjamin (1993) señala que el trastorno narcisista de la personalidad, como entidad diagnóstica, surgió principalmente del trabajo de los psicólogos del sí mismo *(self).* Así, Kohut (1971) señaló que el narcisismo es un atributo adulto normal y se manifiesta en la persona madura como humor, sabiduría y empatia. El narcisismo patológico del adulto surge del déficit en el sí mismo que, a su vez, proviene de deficiencias en la experiencia evolutiva. More y Fine (1968) definen al narcisismo como "una concentración del interés psicológico sobre el sí mismo". Para Kernberg (1975), el narcisismo se refiere al proceso de regulación de la autoestima y está muy relacionado con la regulación del afecto, el funcionamiento del superyó, las relaciones interpersonales y el funcionamiento cognitivo.

8.3. Estilo narcisista de personalidad: El tipo enamorado de sí mismo

Según Millon y Davis (2000), a la hora de establecer diferencias entre lo que denominamos el tipo de personalidad enamorado de sí mismo y que podemos considerar como normal y el trastorno narcisista de la personalidad, que constituye lo patológico, podemos basarnos en un continuo. Características como la confianza en uno mismo y un sentido de la propia valía hace a los individuos sociables y seguros. Pero estas características, llevadas al extremo, pueden convertir a los sujetos narcisistas en individuos arrogantes y explotadores, distorsionando sus percepciones y haciendo creer a los propios sujetos que sus contribuciones son mucho más valiosas de lo que son en realidad.

Oldham y Morris (1995) proponen las siguientes características para definir al estilo narcisista:

- Creen en ellos y en su capacidad y piensan que son extraordinarios.
- Esperan ser tratados siempre bien por parte de los demás.
- Son directos a la hora de hablar de sus logros. Saben negociar y venderse bien.
- Son astutos a la hora de aprovechar los puntos fuertes de los que les rodean para conseguir sus propios logros.
- Hábiles para competir, sueñan con estar en la cúspide imaginándose a sí mismos constantemente como los mejores.
- Conocen en cada momento cómo se sienten y cuál es su estado de ánimo.
- Aceptan con aplomo los cumplidos que reciben de los demás.
- Les afectan las críticas de los demás, pero saben disimularlo con la elegancia que les caracteriza.

Las personas con un estilo narcisista saben lo que quieren y cómo conseguirlo. Son hábiles para conquistar a los que tienen a su alrededor. Se caracterizan por una gran ambición, llegando a convertir sus sueños en realidad, como conseguir una buena imagen social y un puesto de poder que les haga ser personas importantes y llenas de méritos. Son seguros de sí mismos y motivan a los demás, a quienes suelen dirigir dado su carácter emprendedor y de liderazgo. Poseen una autoestima y un amor propio elevados, potenciando lo que saben son sus puntos fuertes y negando sus defectos. La frase que mejor define a este estilo de personalidad es "quiero ser el número uno". Son extravertidos y muy competitivos, capaces de planificar, establecer metas y prioridades, tomar decisiones y delegar responsabilidades en otros, a los que conceden autonomía siempre y cuando cumplan con el trabajo. A pesar de que el trabajo puede estar repartido, no les gusta compartir los méritos, prefiriendo ir un paso siempre por delante de los demás. Llevan a cabo políticas de acción para conseguir altos cargos, en muchas ocasiones a costa de otros a los que utilizan para alcanzar fines valiosos. Son amables con aquellos de los que pueden obtener algún beneficio y también con aquellos de sus subordinados que les son leales, brindándoles incluso su apoyo. Necesitan ser adorados por los demás, dejarse querer y sentirse necesitados; de ahí que se les vea siempre rodeados de gente sobre los que influye y los cuales se dejan embaucar por su carisma. Sin embargo, no son generosos en el amor ni aman de forma desinteresada. No son empáticos y les cuesta darse cuenta de que quizá el ser querido tenga necesidades diferentes a las suyas. El rechazo por parte de los demás es una cuestión insoportable para los narcisistas.

El individuo con un estilo narcisista mantiene buenas relaciones con aquellos a los que les gusta atender a las necesidades ajenas, como es el caso de los estilos dependiente y autodestructivo. El estilo evitativo suele necesitar compañeros fuertes y sociables, por lo que podría complementarse bien con el estilo narcisista, que necesita sentir que se les necesita. Con los sujetos histriónicos también podrían hacer buena pareja, siempre que se ensalcen mutuamente y el histriónico no tenga una necesidad muy acusada de que lo mantengan anímicamente. El tipo narcisista es probable que choque con el paranoide,

con el pasivo-agresivo, con el antisocial y con el sádico, ya que no están dispuestos a subordinar sus necesidades a las de otro. Los límites son demasiado exigentes emocionalmente y si dos personas narcisistas acaban juntas puede darse entre ellas una lucha de personalidades.

• *Cómo relacionarse con un tipo narcisista*

Según Olham y Morris (1995), para que la relación con un sujeto narcisista sea más satisfactoria es recomendable adoptar una serie de comportamientos. Ser leal, no criticarles, no competir con ellos ni esperar que el narcisista comparta sus méritos. El ser educados e incluso algo aduladores puede allanar el camino con este tipo de individuos, sin esperar nunca que ellos tengan un trato o atención personal con ninguno de los miembros de su equipo de trabajo. Por su parte, los subordinados de un narcisista han de estar muy seguros de qué tipo de tareas han de desempeñar, ya que no recibirán directrices por parte de su jefe. La pareja de un narcisista debe ser capaz de aguantar la falta de manifestaciones de amor por parte de este sujeto, a la vez que tiene que demostrárselo a él continuamente. No es conveniente que intente sobresalir en ningún área en común y debe tener una autoestima de hierro. Tiene que quererse a sí mismo con independencia de todo lo demás y limitarse a disfrutar de los éxitos de su compañero, focalizando la atención en aquellos aspectos positivos que este tipo pueda aportar a la relación. La mejor forma para criticarle es hacerlo con diplomacia y transmitiéndole a la misma vez admiración, ya que son muy sensibles a las críticas aun cuando éstas sean constructivas. Podrán corregir su conducta, pero nunca admitirán que se habían equivocado.

8.4. El trastorno narcisista de la personalidad: diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el TNP lo define como un patrón generalizado que entraña grandiosidad, en la imaginación o en el comportamiento, una necesidad de admiración y una falta de capacidad empática. En el cuadro 8.1 se pueden ver esos criterios diagnósticos.

Por el contrario, la CIE-10 no incluye los criterios diagnósticos del TNP en su sistema de clasificación, limitándose simplemente a incluir el nombre del trastorno dentro del apartado dedicado a “Otros trastornos específicos de la personalidad”.

8.5. Características clínicas

Los pacientes con un TNP son excesivamente ambiciosos, carecen de empatia y son muy sensibles a la evaluación de los demás. Es característico de este patrón creerse con excesivos derechos y la explotación de los demás. La evaluación por parte de los otros les produce vergüenza, rabia, ira, humillación o una negación total de los errores personales.

Cuadro 8.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 para el trastorno narcisista de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10
Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatia, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Un sentido grandioso de la propia importancia. 2. Preocupación por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ¡limitados. 3. Cree que es especial y único y que sólo pueden comprenderle, o sólo debería relacionarse con, otras personas (o instituciones) especiales o de elevado estatus. 4. Exige una admiración excesiva. 5. Tiene una sensación de "estar en su derecho", es decir, expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o la anuencia automática con sus expectativas. 6. Tiende a la explotación interpersonal, es decir, saca provecho de los demás para lograr sus propios objetivos. 7. Carece de empatia, es decir, es incapaz de reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de otras personas. 8. A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia. 9. Presenta actitudes o conductas arrogantes o soberbias.	El trastorno narcisista de la personalidad se incluye dentro de *Otros trastornos específicos de la personalidad.* No presenta criterios diagnósticos específicos de este trastorno e indica que esta categoría se puede utilizar cuando se satisfagan los criterios generales de Trastorno de la Personalidad (común para todos los trastornos de la personalidad).

Miran hacia su interior para obtener refuerzo *y* gratificación. La debilidad y la dependencia son amenazantes. El aspecto diagnóstico muestra que estos individuos magnifican su valía personal, orientan su cariño hacia ellos mismos y esperan que los demás les den reconocimiento y atiendan a sus gustos (Turner, 1996).

Los sujetos narcisistas creen a menudo que no son ellos los que han de cambiar, sino que son los demás quienes deberían hacerlo. No obstante, las características del

narcisista le impiden obtener una retroalimentación adecuada de su conducta por parte de los demás. Todos necesitamos que otras personas nos indiquen nuestros puntos fuertes y débiles, pero las ideas de grandiosidad interfieren con este proceso. El sujeto narcisista manipula a los demás para que le den retroalimentación positiva mientras que extingue la retroalimentación negativa por medio de sus respuestas airadas a cualquier crítica. Sin la retroalimentación de otras personas no podemos desarrollar relaciones interpersonales maduras (Paris, 1998). Sin un interés real por los demás, las relaciones íntimas suelen ser inestables. Los sujetos con un TNP suelen tener problemas existenciales con el deterioro en la mitad de la vida (Wink, 1996). El darse cuenta de la mortalidad, del envejecimiento físico y de los límites de los logros, potencia en los individuos narcisistas sentimientos de envidia y de resentimiento y provoca también la frustración de no haber vivido una vida que reflejase sus esperanzas, deseos y aspiraciones (Kohut, 1977).

A continuación se muestran algunos aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos del trastorno narcisista de la personalidad. Los cuadros 8.2, 8.3, 8.4 y 8.5 presentan estos elementos.

Las personas con un TNP son vistos por los demás como arrogantes, engreídos y faltos de humildad, sobre todo en momentos donde se ponen en tela de juicio sus acciones. Su comportamiento refleja su desconsideración hacia los derechos de los otros, a los cuales acusa paradójicamente de ser egoístas y mentirosos. Es en esos momentos cuando se pone de manifiesto su patología, al ser precisamente estas conductas de manipulación y egoísmo rasgos distintivos de la personalidad narcisista. Suelen mentir para mantener sus ilusiones de éxito y su autoestima. Sus aires de superioridad hacen que se comporten de forma grandiosa, mirando a los demás de forma altiva, aprovechándose de ellos y explotándolos sin ninguna consideración.

Cuadro 8.2. *Aspectos conductuales característicos del TNP.*

- Mantienen una conducta distante, arrogante, desdeñosa, presuntuosa y engreída.
- Se comportan de forma grandiosa.
- Suelen dominar las conversaciones.
- Son impacientes y pueden resultar agresivos.
- Muestran indiferencia ante los derechos de los demás.
- Tienen aires de superioridad con respecto a los otros.
- Tratan a los demás como si fueran objetos, aprovechándose de ellos y explotándolos para su propio beneficio.
- Genera reglas y normas que los demás han de cumplir, pero que ellos se saltan a capricho.
- Mienten para mantener sus ilusiones.
- Pueden mostrar simpatía sólo para alcanzar sus egoístas objetivos, pero también mienten y engañan a los demás con este fin.
- Su conducta social, al menos inicialmente, puede agradar, cautivar y granjearse simpatías.
- Les falta humildad y generosidad.
- Acusa a los demás de egoísmo y de engaño.
- Son persistentes en aquello que les interesa.

Cuadro 8.3. *Aspectos cognitivos característicos del TNP.*

- Seguro de sí mismo.
- Total falta de empatia.
- Temor al fracaso.
- Estilo cognitivo inflexible.
- Presenta grandes fantasías de éxito, fama y de amor ideal a las que pone pocos límites.
- Importante necesidad de ser admirado.
- Alterna entre la idealización y el menosprecio hacia aquellas personas con las que mantiene una relación estrecha.
- Tiene envidia de los logros de los demás y creen que éstos le tienen envidia por sus logros.
- Espera elevados niveles de dedicación de sus subordinados, pero le importa poco su bienestar.
- Elabora complejas racionalizaciones que engordan su autoconcepto.
- Exagera sus capacidades transformando sus fracasos en éxitos.
- Exagera sus éxitos y rebaja el éxito de los demás.
- Cree que es especial, único, superior al resto de la gente.
- Suele carecer del talento necesario para alcanzar los niveles de fama a los que aspira.
- Su autoestima es frágil y sensible a la crítica, dependiendo de la validación externa.
- A veces se siente inadecuado y vacío, incluso aunque tenga éxito.
- Se siente ofendido por pequeños menosprecios y rechazos.
- A veces presenta delirios de grandeza, que en períodos de estrés pueden ser de tipo psicótico.
- Es egoísta y egocéntrico.
- Se compara favorablemente con gente famosa o privilegiada.
- Cree que merece admiración y trato especiales.

Los sujetos con un TNP elaboran razones convincentes para justificar muchas de sus acciones desconsideradas hacia los otros, así como para engordar su autoconcepto. Su seguridad *y* confianza en sí mismos hace que hasta la temática de sus fantasías, que son frecuentes *y* a las que no ponen límites, se base en la creencia de que van a ser personas famosas *y* con éxito e incluso en la idea de que encontrarán a la pareja ideal. Estas ilusiones, en casos extremos, pueden convertirse en delirios de grandeza, pudiendo llegar a experimentar síntomas de tipo psicótico. Creen que son muy especiales, por lo que piensan que deben recibir un trato privilegiado y que deben ser admirados por los demás. Estiman sus capacidades por encima de las que realmente posee, transformando sus fracasos en éxitos o atribuyendo las malas gestiones a la envidia de los demás cuando trabaja en grupo. Se compara con gente famosa o privilegiada, con la que prefiere compartir su tiempo. Debido a su falta de empatia, no identifica las necesidades de los demás a los que no refuerza ni devuelve las gratificaciones. Esta falta de empatia les hace ser egoístas y egocéntricos, preocupándose exclusivamente por ellos mismos. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 8.4.

En el cuadro 8.5 se recogen algunos aspectos emocionales típicos del TNP. Estos sujetos experimentan frecuentemente variaciones del estado de ánimo extremas, ya que, por un lado, expresan tranquilidad y bienestar continuo, pareciendo que nada ni nadie

Cuadro 8.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TNP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Soy una persona muy especial."	Etiqueta global	Sentido grandioso de la propia importancia
"Ya que soy tan superior tengo derecho a un trato y privilegios especiales."	Magnificación	Sentido grandioso de la propia importancia Estar en su derecho
"A mí no me obligan las reglas que valen para los demás."	Idealización extrema	Sentido grandioso de la propia importancia
"Debería obtener reconocimiento, elogios y admiración."	Afirmaciones de debería	Necesidad de aprobación y admiración
"Tengo todas las razones para esperar grandes cosas."	Sobregeneralización	Sentido grandioso de la propia importancia
"Todos tienen que satisfacer mis necesidades."	Sobregeneralización	Estar en su derecho Necesidad de aprobación y admiración
"Los demás deben reconocer lo especial que soy."	Afirmaciones de debería	Sentido grandioso de la propia importancia
"Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho."	Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad a la crítica
"Las otras personas no merecen la admiración y riqueza que tienen."	Falacia de justicia	Sentido grandioso de la propia importancia
"La gente no tiene ningún derecho a criticarme."	Afirmación de debería	Vulnerabilidad a la crítica
"Mis necesidades están por encima de las de otros."	Idealización extrema	Sentido grandioso de la propia importancia
"La gente debería preocuparse por promocionarme porque tengo talento."	Afirmaciones de debería	Necesidad de aprobación y admiración
"Sólo me comprenden las personas tan inteligentes como yo."	Pensamiento dicotòmico	Sentido grandioso de la propia importancia

Cuadro 8.5. *Aspectos emocionales característicos del TNP.*

- Aire general de indiferencia y tranquilidad fingida.
- Sensación de bienestar continuo.
- Variaciones extremas en el estado de ánimo.
- Cólera y envidia inapropiadas.
- Relaciones superficiales, con unos mínimos vínculos emocionales.
- Muy sensibles a la evaluación, responden a la crítica con ira.
- Sensaciones de vacío.
- Incapaces de impresionarse.

Cuadro 8.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TNP.*

- Dolores de cabeza.
- Problemas de estómago.
- Problemas dermatológicos.
- Hipocondría.

les puede impresionar y, por otro, pueden explotar con ataques de ira y envidia hacia los demás, inapropiados para la situación a la que se enfrentan, sobre todo cuando se sienten menospreciados. Se creen, además, tan superiores a los otros que no soportan una evaluación social negativa y termina haciendo mella en ellos una sensación de vacío, al esperar encontrar a personas que realmente valoren sus "grandiosas cualidades", así como a esa pareja perfecta, idealizada en sus fantasías, y que nunca encuentran entre las personas reales.

Los aspectos fisiológicos del TNP enumerados en el cuadro 8.6 se refieren a los problemas médicos que a veces acompañan a los sujetos con este tipo de trastornos. El mantener continuamente la apariencia de seguridad total, de que no se inmutan ante nadie, puede provocar numerosas somatizaciones, hasta el punto de sufrir variados síntomas, como jaquecas, trastornos del aparato digestivo, problemas de la piel, etc., preocupándose a veces en exceso por su salud, interpretando cualquier señal corporal como un síntoma de una grave enfermedad.

En el cuadro 8.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad narcisista puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado con menos frecuencia.

Cuadro 8.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Relaciones sentimentales erráticas y tensas y dificultades para enamorarse.
- Frecuentes problemas con los compañeros de trabajo.
- Rechazos y abandonos por parte de personas con las que se relaciona.
- Frecuentes problemas con los hijos.

El cuadro 8.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TNP.

Cuadro 8.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TNP.*

Visión de uno mismo
- Especial, único, se merece trato y puestos especiales.
- Superior, por encima de las reglas.

Visión de los demás
- Inferiores, admiradores, débiles.
- Sujetos a ser explotados, utilizados.

Estrategia principal
- Utiliza a los demás, se salta las reglas.
- Manipulador, coercitivo, miente, engaña, cautiva para conseguir sus fines.

8.6. Epidemiología y curso

Los porcentajes ofrecidos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) para este trastorno van del 2 al 16% para la población clínica y menos del 1% para la población general. Reich *et al.* (1989b) y Zimmerman y Coryell (1990) encontraron unos porcentajes del 0,4% en población general. Otros autores han estimado una prevalencia en población clínica adulta que va del 2% (Dahl, 1986) al 22% (Morey, 1988b). No obstante, dado el refuerzo que nuestra sociedad ofrece por muchas de las características individualistas típicas del TNP, es probable que esos porcentajes en la población general no reflejen la prevalencia real del trastorno.

Según Robinson (1999), este trastorno se diagnostica tres veces más en hombres que en mujeres y según el DSM-IV-TR, del 50 al 75% de las personas diagnosticadas con este trastorno de la personalidad son hombres. Estos suelen manifestar más conductas de explotar a los otros y sentimientos más profundos de "estar en su derecho" que las mujeres (Tschanz, Morfy Turner, 1998).

Los rasgos narcisistas comienzan a manifestarse a finales de la adolescencia, a partir de los 20 años de edad, constituyendo el incremento de edad y las limitaciones propias del envejecimiento una dificultad añadida para los sujetos con TNP. Estos individuos otorgan un gran valor a los atributos de belleza, fuerza y juventud, a los que se apegan de forma inapropiada, teniendo más problemas a la hora de adaptarse. Por lo tanto, como ya dijimos anteriormente, pueden ser más vulnerables a las crisis de la mitad de la vida que otros grupos.

8.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

La grandiosidad que presentan estos sujetos puede confundirse con un episodio maníaco o hipomaníaco, pero el menor deterioro funcional de los sujetos con un TNP les diferencia de dichos episodios. Con respecto a otros trastornos de la personalidad, los sujetos que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) podrían presentar similitudes con los narcisistas en que los dos se entregan al perfeccionismo, pero mientras que los sujetos con un TOCP son muy autocríticos, los individuos con TNP creen haber alcanzado la perfección. Lo que diferencia a los sujetos narcisistas con los histriónicos, antisociales y límites es la grandiosidad típica del narcisista que no se suele dar en esos otros trastornos de la personalidad. Ni antisociales ni narcisistas presentan empatia, son de carácter duro y superficiales, pero el narcisista no tiene por qué haber presentado un comportamiento delictivo. Además, mientras que las personas histriónicas y límites suelen llamar la atención en diversos ámbitos de sus vidas, los sujetos con un TNP sólo demandan un tipo de atención: la admiración. Con respecto al esquizotípico y al paranoide, mientras que éstos se caracterizan por el retraimiento social, este comportamiento no suele darse en el narcisista, que si presenta este tipo de características es por miedo a que descubran sus defectos.

Con respecto a la presencia de otros trastornos conjuntamente con el TNP, la mayor comorbilidad relativa a los trastornos del Eje I ha sido con la depresión mayor y la distimia (42-50%), seguido de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (24-50%) y el trastorno bipolar (5-12%) (Ronningstam, 1993). Otros estudios recientes han arrojado datos de comorbilidad del TNP y la anorexia nerviosa (Ronningstam, 1996).

En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, Morey (1988b) ha encontrado solapamientos con el histriónico (53%), el límite (47%), el paranoide (36%), el evitativo (36%), el pasivo-agresivo (28%) y el antisocial (16%).

8.8. Etiología

Aunque es importante considerar las diferencias individuales a nivel constitucional y temperamental, como la hipersensibilidad, la tolerancia a la frustración, y la regulación de las emociones, parece que las experiencias evolutivas, más que las características genéticamente determinadas, constituyen los factores cruciales para el desarrollo del TNP (Kernberg, 1998). Millon y Everly (1994) señalan algunos factores de tipo ambiental que, actuando en solitario o en combinación, parecen estar relacionados en el desarrollo de este trastorno de la personalidad desde edades tempranas. Estos factores son los siguientes:

A) Indulgencia parental y sobrevaloración

El hecho de que algunos padres consideren a sus hijos como un regalo divino provoca que los adoren hasta tal punto que no les hagan asumir responsabilidades en casa, que los malcríen y que les transmitan que todo lo que hagan o digan siempre es perfec-

to. El niño, ante estas circunstancias, aprende que es especial y superior, que debe ser tratado con distinción sin tener que hacer nada para ello, que puede esperar el sometimiento de otras personas consideradas como menos especiales y que está en su derecho a que se le elogie por cualquier cosa que hagan. A menudo estos niños generalizan ese aprendizaje a otros ámbitos fuera de la familia, esperando todos esos comportamientos complacientes de las otras personas con las que se van relacionando cotidianamente, convirtiéndose en extremadamente egoístas y narcisistas en sus expresiones de amor y emociones.

B) Conductas explotadoras aprendidas

Cuando el niño sale del ámbito familiar, después de haber sido tratado como se ha señalado anteriormente, se forma expectativas por las que, si no es tratado de forma similar en otros ámbitos, desarrolla destrezas para manipular y explotar a los demás y para recibir la atención especial que él cree merecer. Además de aprender a obtener refuerzos por ellos mismos, dada su autoadmiración, también aprenden que los demás son inferiores y pueden ser explotados, obteniendo de esta forma más refuerzos. En ocasiones forman grupos de "admiradores" a los que instruye para ser solícitos y sumisos. Se ha comprobado que esas clases de recompensas son lo suficientemente poderosas como para mantener los comportamientos que dan lugar a ellas, por lo que, este estilo de personalidad que frecuentemente se inicia en la infancia, puede ir desarrollándose y manteniéndose a lo largo de la vida adulta.

C) Estatus de hijo único

Cuando el niño no adquiere el sentido de la responsabilidad social que aprendería en el caso de tener hermanos y encima es concebido por sus padres como un "regalo", se potencian los dos anteriores factores. De todas formas, esto no significa que todos los hijos únicos desarrollen una personalidad narcisista ni que todos los sujetos con este estilo o trastorno de personalidad hayan pertenecido a esta condición familiar. Los resultados al respecto son contradictorios. Mientras que Joubert (1989) encontró una relación positiva entre el orden de nacimiento y la puntuación en una medida de autoinforme de narcisismo, Narayan (1990) no fue capaz de encontrar esos mismos resultados. Igualmente, Watson y Biderman (1989) no obtuvieron apoyo para la hipótesis de que el estatus de hijo único se relaciona con el narcisismo.

8.9. Evaluación

Podemos identificar una serie de directrices a la hora de realizar la entrevista de evaluación del TNP. Entrevistar a individuos con un TNP es notablemente diferente de entrevistar a individuos con otros trastornos de la personalidad. Durante la entrevista el clínico tiene la

impresión de que estos sujetos utilizan la interacción para darse notoriedad y ensalzar sus virtudes, comportándose con indiferencia ante la perspectiva del entrevistador. Si el clínico cumple las expectativas del rol que tiene creadas el paciente, podrá llegar a ser idealizado por éste, mientras que si ataca su grandiosidad desde el principio del tratamiento corre el riesgo de que el sujeto lo abandone. Aunque el terapeuta observa claramente que la grandiosidad del paciente narcisista contrasta con la realidad, este tipo de sujetos carecen de introspección pa-ra diferenciar entre su forma de ser saludable y sus tendencias patológicas. No es posible aliar-se con la parte saludable, ya que la falta de introspección dificulta la relación.

El paciente narcisista suele menospreciar al entrevistador por falta de experiencia o por no ser lo suficientemente inteligente para entenderle. Estos pacientes prefieren preguntas abiertas que les permitan extenderse en descripciones de sus muchas virtudes, logros y planes futuros. El vínculo profesional-paciente sólo se llega a establecer después de un período considerable de tiempo en el que el clínico consigue atenuar los aires de grandeza del narcisista. La reacción típica del profesional en las primeras sesiones suele ser de aburrimiento, frustración e ira, por lo que el trabajo de enfrentarse e interpretar la grandiosidad del narcisista sólo se conseguirá tras establecerse el vínculo terapéutico.

Sobre instrumentos específicos para la evaluación del TNP podemos encontrar la Escala de Rasgos Narcisistas *(Narcissistic Trait Scale, NTS;* Richman y Flaherty, 1987), el "Inventario de la Personalidad Narcisista" *(Narcissistic Personality Inventory,* NPI; Raskin y Hall, 1979), el "Inventario Multifásico de Narcisismo de O'Brien" *(O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory;* O'Brien, 1987) o la Escala de Narcisismo del MMPI. Instrumentos globales (tanto entrevistas como inventarios) que aborden todos los trastornos de la personalidad pueden encontrase en el capítulo 1 de este libro y, para un mayor abanico de detalles, en el capítulo 14 dedicado íntegramente a la evaluación de los trastornos de la personalidad.

8.10. Tratamiento

El TNP es crónico y muy difícil de tratar por las características típicas del mismo. Es difícil conseguir rebajar la autoimportancia de un sujeto que se cree superior a los demás. Y, además, un individuo narcisista nunca acudirá a terapia por las características propias de este trastorno de la personalidad. Los que se ven en terapia suelen haber buscado ayuda por un trastorno psicológico del Eje I. En general, el objetivo a largo plazo del tratamiento del sujeto con una personalidad narcisista consiste en aumentar su empatia para con los demás. Las estrategias de tratamiento incluyen habitualmente el cuestionamiento de las creencias disfuncionales del individuo sobre su grandiosidad y singularidad. Después de que sea identificado y analizado el patrón desadaptativo en términos de esquemas, estilos y déficit de habilidades, el proceso terapéutico continúa con el cuestionamiento de ese patrón, sustituyéndolo por uno más adaptativo (Sperry, 1999).

La terapia cognitiva plantea también algunas posibles pautas para la intervención sobre este tipo de trastorno (Beck y Freeman, 1990; Freeman *et al.,* 1990). Uno de los primeros objetivos de la terapia es establecer una colaboración en la tarea de concordar con

los objetivos de la misma. Dado que el paciente narcisista no acudirá a terapia para ser menos narcisista o para llevarse mejor con los demás, es importante que el terapeuta se centre en clarificar y operacionalizar los objetivos y problemas del paciente (de relación, depresión, etc.), en vez de intentar convencerle de que trabaje para cambiar su narcisismo. Luego, este trastorno se convertirá, de forma natural, en objetivo de la terapia, puesto que impedirá alcanzar objetivos más concretos. Freeman *et al.* (1990) opinan que, en la práctica, puede ser más realista tratar de modificar conductas específicas y ayudar al paciente a ser más moderado en su narcisismo, que planificar cambiar un patrón narcisista de toda la vida.

Una vez que se han identificado los objetivos de tratamiento, se pueden utilizar las técnicas conductuales y/o cognitivas que sean necesarias, aunque es probable que las primeras sean más útiles, al menos inicialmente, al requerir menos autorrevelación que los procedimientos cognitivos. Un aspecto esencial de la terapia es que el terapeuta establezca y mantenga directrices y límites firmes y sólidos en la terapia. Esta se centraría en aumentar la responsabilidad conductual, disminuir las distorsiones cognitivas y el afecto disfuncional, formular nuevas actitudes, aumentar el comportamiento de reciprocidad y sensibilidad hacia los sentimientos de los demás, cooperar con los otros y asumir una parte del trabajo, desarrollar expectativas más razonables sobre los demás, mayor autocontrol de los hábitos y los estados de ánimo, y más autovaloraciones discriminativas, que reconozcan los aspectos comunes entre el paciente y las demás personas. La motivación para perseguir objetivos de mayor alcance puede provenir del deseo de obtener estados de ánimo más estables, mantener ciertas relaciones o carreras, y eliminar los síntomas persistentes y recurrentes. Seguidamente se describen algunos de los pasos que emplea la terapia cognitiva para la modificación de un TNP:

1. El cambio de distorsiones cognitivas que el paciente tiene sobre sí mismo (p. ej., "Soy único y especial y nadie llega a mi nivel") por otros pensamientos más realistas (p. ej., "Toda persona es de algún modo única y especial. Se puede ser humano, como todo el mundo, sin dejar de ser único").
2. La reestructuración por medio de imágenes puede ser útil para desplazar las imágenes narcisistas y sustituirlas por fantasías que pongan el énfasis en las gratificaciones y placeres cotidianos que están al alcance de la mano.
3. La hipersensibilidad a la evaluación puede abordarse por medio de la desensibilización sistemática y, como ejercicio específico, el paciente puede pedir retroalimentación a determinadas personas.
4. Detención y distracción del pensamiento para acabar con los hábitos de pensamiento sobre lo que los otros están pensando.
5. Entrenamiento en empatia, con representación e inversión de papeles y planteamiento de modos alternativos para tratar con los demás.
6. Utilización de las técnicas precisas para la intervención sobre problemas específicos o asociados, como el maltrato verbal o físico, el acoso sexual, o conductas de beber o gastar en exceso. En caso de problemas de pareja o familiares, se puede utilizar la terapia de pareja o la terapia familiar.

Una enumeración de algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TNP puede verse en el cuadro 8.9.

Cuadro 8.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TNP (Caballo, 2001c).*

- Cambio de distorsiones cognitivas que tiene sobre sí mismo.
- Reestructuración por medio de imágenes.
- Desensibilización sistemática para la hipersensibilidad a la evaluación.
- Detención y distracción del pensamiento para no detenerse en qué están pensando los otros
- Entrenamiento en empatia.
- Técnicas concretas para problemas específicos como el maltrato verbal o físico, el acoso sexual, problemas de pareja, etc.

8.11. Conclusiones y tendencias futuras

El trastorno narcisista de la personalidad es un trastorno favorecido por nuestra sociedad al reforzar el esfuerzo y la competencia individuales y valorar aspectos como el poder sobre los demás y la competitividad para escalar puestos en el terreno laboral. La escasez de datos empíricos sobre este trastorno viene dada por la dificultad a la hora de contactar, evaluar y diagnosticar a personas con un TNP.

A la ya dificultad inherente de la evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad hay que añadir las características singulares que el TNP presenta. El tratamiento con estos sujetos constituye un reto para cualquier clínico. Características como la falta de empatia, la devaluación del terapeuta y la falta de motivación para el cambio, constituyen elementos que obstaculizan la terapia. Existe escasa evidencia sobre la eficacia del tratamiento psicológico para este tipo de trastorno. No obstante, dado que el principal impacto de este tipo de comportamiento lo padece el entorno del sujeto, sería útil que las personas que están cercanas a estos individuos conociesen sus modos característicos de acción.

Es necesaria una mayor investigación en el ámbito de este trastorno, con especial hincapié en procedimientos de intervención eficaces, que sirvan para modificar las características más desadaptativas para el entorno.

9

El trastorno de la personalidad por evitación

Vicente E. Caballo*, Rebeca Bautista*, Cristina López-Gollonet* y Arturo Prieto**
**Universidad de Granada (España). **Universidad de Viña del Mar (Chile)*

> Los evitadores no encuentran libertad ni consuelo
> en su propio interior... una persona no puede
> físicamente evitarse a sí misma, no puede escapar,
> salir corriendo u ocultarse de ser quién es y cómo es.
>
> Millon y Davis, 1998, p. 276

9.1. Introducción

Querer no es poder. Esto es especialmente cierto para un tipo de individuos con un estilo de personalidad caracterizado por el temor al rechazo y a la humillación por parte de los demás: el estilo evitativo. Los sujetos con este patrón de comportamiento desean, anhelan interaccionar con los demás. Les gusta y aprecian las relaciones sociales. Se encuentran francamente a gusto cuando están en compañía de personas cercanas, a las que quieren y les quieren. Desarrollan sus capacidades y habilidades en estos contextos, rodeados de los seres en quienes confían y de los que nunca esperarían un comportamiento de rechazo. En el fondo, son seres muy sociales, con grandes necesidades de afiliación. No obstante, un observador externo que evaluase el comportamiento manifiesto de un sujeto con un estilo evitativo de personalidad raramente observaría estos aspectos. Lo que vería sería un individuo solitario, que evita las fiestas, las citas con los iguales, tanto de su mismo sexo como del opuesto, los lugares muy concurridos, las situaciones sociales en general. ¿Por qué este desfase entre la conducta manifiesta y los deseos más íntimos del individuo? La explicación se encuentra en el enorme temor que experimentan este tipo de sujetos a ser rechazados, a ser evaluados negativamente, a ser criticados por los demás. Si tuvieran la certeza de ser aceptados incondicionalmente, es probable que estos sujetos fueran realmente sociables. Pero, ¿cómo conseguir esa aceptación incondicional? Sólo en las relaciones familiares cercanas o con amigos muy íntimos (o la pareja), pueden tener la percep-

ción de esa aceptación sin trabas. Raramente la encontrarán con otras personas. Si raramente pueden tener la certeza de ser aceptados sin fisuras, ¿cuál es su patrón de comportamiento? La evitación de las situaciones sociales. Estos individuos suelen construirse un estilo de vida solitario, dedicado al trabajo, a sus aficiones, a su familia, pero con escaso contacto con la gente. Suelen tener un entorno social con muy pocas personas con las que se relacionan, fundamentalmente la familia, algún amigo íntimo y la pareja (si la tienen). Quisieran tener más amigos, más contactos sociales, pero su temor al rechazo y a la humillación de los demás se lo impide. Viven en un pequeño espacio social rodeado de muros (mentales) que les impiden relacionarse con los otros. Quieren, pero no pueden. Esas barreras mentales son tan potentes que enjaulan al sujeto de por vida en un espacio minúsculo de relaciones sociales. Esta desripción refleja con notable precisión la situación de los individuos con un trastorno de la personalidad por evitación (TPE).

9.2. Revisión histórica

Hay sujetos que muestran formas de aislamiento pasivo (como hemos visto en el apartado anterior) y otros que presentan un aislamiento social activo. Los sujetos con aislamiento pasivo no muestran interés por el contacto social, careciendo de expresiones afectivas en sus vínculos con los demás y son insensibles a los incentivos o castigos que normalmente están implicados en las relaciones sociales. Esto sería característico de la personalidad esquizoide (véase el capítulo 3). Los sujetos con aislamiento social activo, en cambio, muestran una extrema ansiedad en las relaciones con los demás, siendo hipersensibles a cualquier gesto de las personas que pueda implicar rechazo o humillación, por lo que se autoimponen el alejamiento y retraimiento social para minimizar las posibilidades de ser rechazado. Este patrón de aislamiento social activo es característico de la personalidad evitadora (Millon y Escovar, 1996).

La etiqueta "personalidad evitadora" fue acuñada por Millon (1969) como una descripción de los individuos que se distinguen por su evitación activa, en cuanto opuesta a la evitación pasiva, de las relaciones sociales. Características de personalidad similares a las de la personalidad evitadora se han encontrado dispersas en la bibliografía clínica, con más frecuencia en las descripciones de la personalidad esquizoide y en las características del carácter fòbico. La primera descripción que se aproxima al carácter activamente desapegado típico de la personalidad evitadora la presentó Bleuler en 1911, en su formulación inicial del concepto de esquizofrenia. Al plantear varios caminos diferentes que conducen a menudo al síndrome psicòtico, Bleuler decribió la temprana fase de ciertos pacientes como un apartarse de la realidad "porque sus afectos son tan potentes que tienen que evitar todo lo que pudiera activar sus emociones. La apatía hacia el mundo externo es, por lo tanto, secundaria, surgiendo de una sensibilidad hiperatrofiada" (1950, p. 65).

Otra temprana descripción que coincide en ciertos aspectos con el conjunto de características de evitación la presentó Schneider (1923/1950) en su concepción de la personalidad asténica. Aunque los asténicos sobresalen por su extraordinaria atención hacia,

y la preocupación hipocondríaca por, las funciones corporales, esta preocupación básica se extendía también, según él, al terreno psíquico. Al reflexionar sobre las observaciones hechas por Kretschmer sobre los asténicos, Schneider señaló que "estos pacientes son también incapaces de relajarse después de reaccionar ante una experiencia, aunque no sigan siendo presionados por ella. Se mantiene una contracorriente emocional molesta o bien la situación se prolonga deliberadamente" (1950, p. 143).

Las observaciones de Kretschmer (1925) condujeron a la primera serie de descripciones que anticiparon la personalidad evitadora. Kretschmer identificó dos polaridades de la sensibilidad en el temperamento esquizoide: el anestético y el hiperestético. El grupo que Kretschmer colocó en el extremo hiperestético del continuo fue el antecedente del patrón de evitación. La frase clave que describía al hiperestético de Kretschmer, y una que es igualmente básica para la comprensión de la personalidad evitadora, se expresaba como sigue: Intentan, tanto como pueden, evitar y reducir toda la estimulación del mundo exterior" (p. 161).

Kahn (1931) bosquejó características que tienen que ver mucho con nuestra concepción actual del prototipo de evitación. Centrándose en la "experiencia fragmentaria" de este tipo de pacientes y en su limitado objetivo de la egoprotección como una meta fundamental, Kahn describe que la personalidad evitadora "se niega a actuar y a enfrentarse a los peligros del ambiente... prefiriendo vivir fuera de las luchas de la vida, como podría ser una isla bien protegida" (p. 267).

Considerada como una entidad formal, los teóricos psicoanalistas tradicionales han utilizado la etiqueta de esquizoide para representar lo que hoy día se denomina personalidad evitadora. Tanto Reich (1961) como Menninger (1930) abordaron, de modo descriptivo, lo que hoy día se considerarían características de la personalidad evitadora. Por ejemplo, Reich hablaba de ella como el carácter que "se erige a sí mismo como una dura muralla protectora contra la ansiedad infantil y, de este modo, se mantiene a sí mismo, a pesar de la pérdida de la 'alegría de vivir' que ello conlleva" (pp. 82-83). De forma análoga, Menninger (1930) abordó un tipo de carácter similar a la personalidad evitadora. Lo denominó "personalidades aisladas" y describió sus características de la siguiente manera:

> Entre los tipos de personalidad propensos al fracaso en la adaptación social [...] el análisis descubre que son en realidad de dos clases. Algunos son "temperamentalmente" asociales y prefieren realmente que se les deje en paz... El otro grupo está compuesto de "intrusos" desilusionados que desean fervientemente sumergirse en las relaciones sociales y bien no saben cómo o bien son retenidos por temores que les han sido inculcados...
>
> A los primeros se les denomina esquizoides... Los últimos merecen una denominación técnica y yo he sugerido el empleo del término "personalidades aisladas". Éstas han sido artificialmente apartadas de los contactos humanos hasta el grado de desarrollar deficiencias, manierismos, actitudes o excentricidades curiosas, que sirven para evitar su absorción por el grupo cuando se desarrollen oportunidades más tarde... Mucha gente sufre constantemente, y a veces agudamente, de sentimientos de inadecuación, de timidez, de insatisfacción consigo misma, de hipersensibilidades y de un profundo desánimo a causa de estos sentimientos (pp. 64, 71).

La idea de "carácter fóbico" ha sido tratada por varios psicoanalistas de orientación clásica. Así, Fenichel (1945) utilizó esta denominación para "personas cuya conducta de reacción limita al propio sujeto a la evitación de la situación que originalmente anhelaba" (p. 527). Rompiendo con el modelo analítico ortodoxo, Horney (1945) propuso una caracterización de la personalidad denominada el "tipo desapegado", que describió exhibiendo un estilo interpersonal de "alejarse de la gente". Los extractos siguientes ilustran su descripción de este patrón de "evitación interpersonal" y "activamente desapegado".

> Hay una tensión intolerable al relacionarse con la gente y la soledad se convierte principalmente en un medio de evitarla...
>
> Una forma precaria de mantener la autosuficiencia es restringir consciente o inconscientemente las propias necesidades [...] el principio subyacente aquí es no llegar a estar nunca tan apegado a alguien o a algo hasta tal punto que se vuelva indispensable [...] Es mejor que nada importe mucho.
>
> Sus objetivos son negativos; no quiere implicarse, ni necesitar a nadie, ni permitir a los demás que se entrometan con él o le influyan.
>
> Hay una tendencia general a suprimir todos los sentimientos, incluso a negar su existencia (pp. 73-82).

En escritos posteriores, Horney elaboró una serie de "soluciones neuróticas" al conflicto. Entre las características que tipifican el estilo desapegado se encuentran el odio y el desprecio a sí mismo, que surge de la profunda incertidumbre del individuo sobre sí mismo y sobre cómo los demás le ven. "Al ser incapaz de aceptarse a sí mismo como es, probablemente no pueda creer que los demás, al conocer todos sus defectos, puedan aceptarle de un modo amigable y con aprecio... Lo que siente en niveles más profundos es mucho más drástico y puede alcanzar una firme convicción de que los demás le desprecian claramente" (1950, p. 134).

Lorna Benjamin (1993) ofrece una perspectiva interpersonal sobre el trastorno de la personalidad por evitación. El sujeto con evitación es un paciente que sufre "un intenso temor a la humillación y al rechazo. [En consecuencia] para evitar el ridículo inesperado, el sujeto con evitación se aparta y se reprime cuidadosamente. Desea intensamente amor y aceptación y llegará a establecer relaciones muy íntimas con aquellos pocos que pasen las exigentes pruebas de seguridad. En ocasiones, el sujeto con evitación pierde el control y explota con indignación violenta" (p. 297). Por consiguiente, el patrón interpersonal del sujeto con evitación es el de la retirada y el rechazo.

Empleando la metodología del análisis factorial para el estudio de los trastornos de personalidad, Costa y Widiger (1994) han proporcionado un modelo matemático latente para hacer explícitas las combinaciones de características subyacentes de las que se pueden obtener los distintos trastornos. Al abordar las características que subyacen a la personalidad evitadora, Costa y Widiger señalan a las siguientes combinaciones de características:

> "Desde la perspectiva del modelo de los cinco factores, el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) implica (a) introversión, especialmente los aspectos de baja sociabilidad (sin amigos íntimos, evita el contacto interpersonal significativo y no es-

> ta dispuesto a implicarse con los demás); baja búsqueda de activación (exagera los peligros, las dificultades o los riesgos potenciales al hacer cualquier cosa fuera de la rutina normal); baja actividad (evitación de las actividades sociales y laborales y cancelación de planes sociales); y baja asertividad; y (b) neuroticismo, especialmente los aspectos de vulnerabilidad, conciencia de uno mismo y ansiedad (p. ej., le hieren fácilmente la crítica y la desaprobación)" (p. 49).

Una descripción de orientación más biológica, basada en la perspectiva de Siever y Davis (1991) sobre los trastornos de personalidad, les ha llevado a proponer varias predisposiciones psicobiológicas básicas, una de las cuales la denominan "ansiedad/inhibición". Escriben lo siguiente:

> La ansiedad/inhibición puede definirse como los concomitantes subjetivos y fisiológicos de la anticipación de un peligro futuro o de las consecuencias aversivas de la conducta actual, como, p. ej., el castigo. La ansiedad patológica puede estar basada en la sensibilidad excesiva al castigo. El individuo ansioso está, así, más dispuesto a interpretar los acontecimientos ambientales como amenazantes y a manifestar una reacción excesiva ante estímulos que otros pueden encontrar relativamente inocuos (p. 1652).

La diversidad de los síndromes descritos en el pasado que son similares a aspectos clínicos importantes del trastorno de la personalidad por evitación (TPE) deberían constituir un legado de su validez como entidad clínica, independientemente de su designación formal y oficial como trastorno de la personalidad (Millon y Escovar, 1996).

9.3. Estilo evitador de personalidad: El tipo sensible

El ámbito familiar es donde las personas de estilo evitador se sienten más cómodas e inspiradas. A pesar de que huyen de la celebridad pueden obtener gran reconocimiento por su creatividad, ya que son personas que, en ambientes íntimos y tranquilos, desarrollan una gran imaginación, de la que obtienen, además, junto con sus propios sentimientos y fantasías, la libertad. Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características típicas de este estilo de personalidad: ••

- Prefieren lo conocido, habitual y rutinario a lo desconocido y son reticentes a establecer nuevos vínculos.
- Cuando no conocen a una persona se esconden bajo una máscara de amabilidad, cortesía y distancia emocional.
- Tienen pocos amigos y se sienten muy unidos a la familia con la que establecen vínculos profundos y duraderos. La confianza en sí mismos aumenta en relaciones sólidas, duraderas y familiares.
- Manifiestan una preocupación excesiva por lo que piensen los demás sobre ellos. Necesitan la aprobación de los otros para sentirse bien consigo mismos.

- Comportamiento social educado y comedido.
- Comportamiento discreto, no emiten juicios infundados sobre los demás.
- Presentan grandes ansias por el saber.
- Invierten grandes energías en explorar el terreno de la fantasía, la imaginación y la creación.
- Algunos sujetos pueden desarrollar estrategias de afrontamiento contrafóbicas, llevando a cabo comportamientos que son los que precisamente temen.

Son cautelosos en situaciones novedosas, evitan la ambigüedad y prefieren conocer bien las expectativas del otro, mostrándose cautos con aquellos que no conocen. Como son muy reservados pocas veces profundizan en las relaciones, provocando la frustración de la otra persona por no desarrollar un verdadero sentido de la intimidad. Su gran imaginación es expresada frecuentemente a través del arte y la literatura, mediante los que recrea su gran fantasía. Se sienten tímidos ante la presencia de mucha gente y aunque quieran relacionarse su miedo al rechazo les hace evitar situaciones sociales con mucha gente desconocida. Sin embargo, crean vínculos fuertes con la familia y con algunos amigos con los que se muestran fieles, sacrificados y cariñosos. En el plano sentimental, cuando consiguen una pareja, es común que sea para toda la vida. Se llevan bien con personas que estén pendientes de la familia y que le faciliten el intercambio social y, por el contrario, no hacen buena pareja con personas que prescinden de los demás, como es el caso de los individuos esquizoides. Una combinación equilibrada sería la formada entre ellos y una persona con rasgos obsesivo-compulsivos (perfeccionistas) e histriónicos o bien con un narcisista con rasgos obsesivo-compulsivos, pero siempre que no sobresalgan demasiado las características de uno de esos tipos en detrimento de los otros. Por ejemplo, si la otra persona es demasiado perfeccionista puede hacer que el evitador se sienta torpe en las relaciones sociales, si es demasiado narcisista no tolerará los límites que el evitador tiene y si es demasiado histriónica tenderá en exceso a lo social poniendo en tensión al evitador. A un compañero excesivamente dependiente le falta iniciativa cuando el evitador necesita a alguien en el que apoyarse. La combinación de un evitador con un compañero pasivo-agresivo o con un auto destructivo puede dar buenos resultados al ser personas que crean estrechos vínculos familiares. Los sujetos con tendencias evitadoras o paranoides pueden acentuar el malestar del otro en el campo social en vez de simplificar la vida en esa área. Con las personas que el evitador es probable que se lleve peor son con las de tipo antisocial, ya que éstas buscan correr riesgos y explorar. El esquizotípico puede aumentar las tensiones sociales del evitador, ya que sus excentricidades en su conducta o vestimenta pueden avergonzar al evitador.

• *Cómo relacionarse con un tipo evitador*

Según Olham y Morris (1995) para que la relación con un sujeto con este estilo de personalidad sea más satisfactoria son útiles algunos comportamientos. Valore la dedicación que estas personas otorgan a la amistad y a la familia y siéntase afortunado si en su

vida hay un tipo sensible, pues la fidelidad y el cariño que les caracteriza hace que la compañía de estos sujetos resulte muy agradable. En algunas ocasiones, puede que los sensibles se comporten como si fueran otra persona, sobre todo si están en presencia de extraños. De ser así, acéptelo tal y como es, pues ese comportamiento reservado no afectara a aquellos a los que considera personas de confianza, sino que más bien se debe a la presencia de extraños, así que no le insista para que se comporte de forma extravertida, pues estos sujetos se van a resistir a hacer determinadas cosas. En estos casos, lo importante es saber llegar a acuerdos. El tipo sensible estará encantado de agradar a la otra persona siempre y cuando vea que ésta también cede. Hablar de los temas que preocupan a estos sujetos es algo beneficioso no sólo para ellos sino también para quienes le rodean. Si nos inquieta algo de estas personas, lo mejor es decírselo e intentar llegar a una solución beneficiosa para las dos partes. Aprender a reconocer qué tipo de situaciones son las que les hacen sentirse incómodos puede resultarnos muy útil a la hora de ayudarlos a tranquilizarse frente a los estímulos estresantes.

9.4. El trastorno de la personalidad por evitación: diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) definen al TPE como un síndrome cuyas características principales son un patrón general de inhibición, hipersensibilidad a la evaluación negativa y sentimientos de inferioridad.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y los del DSM-IV-TR para el trastorno de la personalidad por evitación son bastante similares, aunque el DSM-IV-TR incluye algún criterio diagnóstico más. En la CIE-10 este trastorno se recoge bajo el nombre de *trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.*

9.5. Características clínicas

Los sujetos con este trastorno se caracterizan por síntomas relativos a la esfera interpersonal, como la evitación de actividades que impliquen un contacto interpersonal significativo, debido a las críticas, la desaprobación o el rechazo. No se relacionan con personas a menos que estén seguros de que les van a aceptar. Muestran inhibición en las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo y, a pesar de los deseos de relacionarse, se preocupan en exceso por ser criticados o rechazados en situaciones sociales. Algunos otros síntomas se refieren al área de la imagen problemática sobre uno mismo, como estar inhibidos en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación y el percibirse a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás. Otras características están relacionadas con el estado de ánimo, como el rechazar correr riesgos personales o implicarse en actividades nuevas debido a que puede resultar embarazoso (APA, 1994; Millon y Escovar, 1996). Por otra parte, la familiaridad proporciona bienestar, satisfacción e inspiración a los sujetos con un TPE, que desarrollan sus facultades en un ambiente emocionalmente seguro, con pocos amigos y familiares.

Cuadro 9.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno de la personalidad por evitación.*

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno ansioso con conducta de evitación) de la personalidad
Un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se presenta en una serie de contextos, tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad.
	B) Deben cumplirse al menos cuatro de los siguientes síntomas:
1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.	1. Evitación de actividades sociales o laborales que Impliquen contactos personales estrechos, por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que les va a caer bien.	2. Resistencia a entablar relaciones personales si no tienen la seguridad de que van a ser aceptados.
3. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.	3. Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
4. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.	4. Creencia de ser socialmente inadecuado, sin atractivo personal o inferior a los demás.
5. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden resultar comprometedoras.	5. Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
6. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.	6. Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor.
7. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inadecuación.	

Los cuadros 9.2, 9.3, 9.4 y 9.5 muestran las características conductuales, cognitivas, emocionales y fisiológicas asociadas a este trastorno de la personalidad.

Según Millon y Davis (1998), las personas con un TPE protagonizan episodios de aislamiento social activo ya que son muy sensibles a la crítica y al rechazo y han aprendido que una forma de no arriesgarse es evitando las situaciones sociales que impliquen este peligro. A pesar de que se caracterizan por presentar conductas controladas e hipo-

activas, el hecho de estar en alerta constante, su nerviosismo e intranquilidad ante situaciones nuevas y desconocidas les hace presentar también, de vez en cuando, movimientos rápidos y bruscos en estas situaciones. Sin embargo, cuando su presencia en reuniones con gente desconocida es inevitable, adoptan comportamientos fríos, extraños y tensos con el fin de no establecer vínculos demasiado íntimos con ellos. Cuando habla con otras personas, su discurso es lento y escaso, sin implicarse emocionalmente y adoptando formas correctas y educadas en el trato con los demás. Huyen del establecimiento de vínculos íntimos con gente con la que no tienen demasiada confianza y su excesiva búsqueda de privacidad puede derivar, en los casos más graves, en el retraimiento y el aislamiento social.

Cuadro 9.2. *Aspectos conductuales característicos del TPE.*

- Aislamiento social activo.
- Comportamiento frío, distante y tenso con aquellos que no conoce.
- Bastante callados, de discurso lento y parsimonioso.
- Conductas habitualmente controladas e hipoactivas, pero con algunos movimientos rápidos y bruscos en situaciones estresantes que no controlan.
- Temor e intranquilidad observable ante situaciones desconocidas.
- Están en vigilancia y alerta constantes antes las amenazas potenciales, siendo agudos observadores de los menores indicios de rechazo y desaprobación.
- Se distancian de las situaciones sociales que propicien interrelaciones estrechas.
- Torpes, rígidos y reservados en situaciones sociales nuevas, con mucha gente o poco estructuradas.
- Ponen a prueba a los demás para ver si pueden confiar en ellos.
- Búsqueda de privacidad.
- Reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla.
- Personas de hábitos fijos.
- Introvertidos, tímidos, desconfiados.

Cuadro 9.3. *Aspectos cognitivos característicos del TPE.*

- Se desbordan con detalles ambientales irrelevantes.
- Interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores.
- Hipervigilante ante los sentimientos e intenciones de los demás, especialmente los indicios de rechazo o desaprobación.
- Preocupación por la crítica y miedo al rechazo social.
- Búsqueda de aprobación por parte de los demás.
- Baja autoestima al devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos.
- Muy conscientes de sí mismos.
- Sentimientos de inadecuación social y personal.
- Preocupados por parecer sumisos, torpes e incompetentes a nivel social.
- Temor a hacer el ridículo, a ser humillados, a las situaciones embarazosas.
- Reacios a involucrarse en riesgos personales.
- Exageran los riesgos asociados a nuevas actividades.
- Gran imaginación y capacidad para la fantasía.

Cuadro 9.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TPE.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y en las situaciones sociales."	Etiqueta global	Infravaloración
"Todo el mundo es potencialmente crítico, indiferente, despectivo o puede rechazarme."	Sobregeneralización	Búsqueda de aprobación
"No tolero los sentimientos desagradables."	Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
"Si los demás se acercan a mí descubrirán mi yo 'real' y me rechazarán."	Adivinación del pensamiento	Infravaloración
"Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable."	Baja tolerancia a la frustración	Búsqueda de aprobación
"Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables."	Afirmaciones de debería Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
"Si siento o pienso algo desagradable debo intentar apartarlo de mi mente o distraerme."	Afirmaciones de debería Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
"Debo evitar las situaciones en las que atraigo la atención, o ser lo menos llamativo posible."	Afirmaciones de debería	Infravaloración
"Si otros me critican es que tienen razón."	Inferencia arbitraria	Infravaloración
"Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fracasar."	Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
"Si no pienso en un problema no tengo que hacer nada al respecto."	Razonamiento emocional	Vulnerabilidad al dolor
"Cualquier signo de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto debo cortarla."	Razonamiento emocional	Vulnerabilidad al dolor

El estilo cognitivo de los individuos con un TPE se caracteriza por pensamientos divagatorios frecuentes que dificultan sus procesos cognitivos así como la comunicación social. Suelen verse desbordados por detalles ambientales irrelevantes que, junto con sus altibajos emocionales, hacen que disminuya su capacidad para afrontar eficazmente muchas de sus tareas cotidianas. Sin embargo, dado que se encuentran más centrados en su mundo interior, desarrollan una gran capacidad para la imaginación y la fantasía, lo que les hace tener un gran talento artístico. El concepto que tienen de sí mismos suele ser de incompetencia y torpeza, por lo que su autoestima depende, en gran medida, de la aprobación de los demás, presentando temor a cometer errores que los dejen en ridículo. De ahí que tengan una gran capacidad para la interpretación de las intenciones y sentimientos de los demás cuando se encuentran en situaciones sociales, sintiéndose continuamente preocupados por la crítica y el rechazo. Presentan pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 9.4.

El cuadro 9.5 refleja las características emocionales más relevantes de los sujetos con un TPE. Estas personas poseen una gran sensibilidad, sobre todo hacia aspectos negativos como pueden ser los insultos, la crítica y el rechazo en general. Lo son también para cuestiones que impliquen dolor físico y/o psicológico, lo que les hace huir de situaciones que perciban con alta probabilidad de sufrimiento. Se sienten angustiados y vacilan entre sus deseos de apego y su temor a las situaciones sociales embarazosas, por lo que experimentan gran ansiedad en ambientes desconocidos y con personas extrañas. Su necesidad frustrada de relacionarse con los demás es la que provoca que, frecuentemente, experimenten sentimientos de soledad, vacío e incluso despersonalización.

Los problemas fisiológicos y médicos que pueden derivarse de este trastorno se muestran en el cuadro 9.6. Estos sujetos se describen a sí mismos como crónicamente fatigados y tensos, lo que hace probable que puedan desarrollar problemas a nivel neuromuscular (contracturas musculares) y gastrointestinal (úlceras, colon irritable).

En el cuadro 9.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad evitadora puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado con menos frecuencia.

El cuadro 9.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TPE.

Cuadro 9.5. *Aspectos emocionales característicos del TPE.*

- Baja tolerancia al dolor físico y psicológico.
- Temerosos y ansiosos ante situaciones y personas desconocidas.
- Altibajos emocionales.
- Sentimientos de vacío, despersonalización, soledad y tristeza.
- Hipersensibles al rechazo.

Cuadro 9.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TPE.*

- Problemas neuromusculares.
- Problemas del aparato digestivo.
- Tensión constante en situaciones sociales nuevas o con mucha gente.
- Variados síntomas de ansiedad en situaciones sociales (palpitaciones, rubor, sudoración, etc.).

Cuadro 9.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Problemas para ascender en el trabajo si eso implica trato con la gente.
- Suelen tener trabajos secundarios donde no se requiera de habilidades sociales.
- Funcionan con plena capacidad cuando se encuentran en un ambiente protegido.
- Su adaptación en las relaciones de pareja y laborales es frágil.
- Pocos amigos y conocidos.

Cuadro 9.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TPE.*

Visión de uno mismo
- Vulnerable al desprecio, al rechazo, a las críticas.
- Socialmente inepto, torpe, incompetente, poco interesante.

Visión de los demás
- Críticos, superiores, rechazantes, maliciosos.
- Productores de humillación.

Estrategia principal
- Evita las situaciones de evaluación, se distancia socialmente, se encierra en sí mismo.
- Evita los sentimientos o pensamientos desagradables.
- Vigila y está alerta ante las amenazas potenciales (rechazo, desaprobación).

9.6. Epidemiología y curso

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia del TPE en la población general estaría entre el 0,5 y el 1%, aunque otros estudios han informado de una horquilla más amplia. Así, Weissman (1993) ofrece una prevalencia que va del 0 al 5,1% y Maier *et al.* (1992) encontraron un 1,1% de prevalencia. Con respecto a muestras clínicas, el DSM-IV-TR (APA, 2000) informa de un porcentaje aproximado del 10% de los pacientes, mientras que la horquilla encontrada por Widiger y Sanderson (1997) va del 5 al 25%. Sin embargo, Phillips y McElroy (2000) investigaron la prevalencia de los trastornos de la personalidad en una muestra de 148 sujetos con un trastorno corporal dismórfico, encontraron que el TPE era el más común de todos los trastornos estudiados, ya que alcanzaba una prevalencia del 46% en esa muestra de pacientes.

En algunas culturas, especialmente en las de origen anglosajón, la distancia social es valorada como un indicador de 'buena educación y se promueve entre la gente un protocolo implícito de relaciones interpersonales que mantiene un espacio individual, el cual es celosamente protegido ante la 'intromisión de extraños que puedan atentar contra la libertad e independencia de la persona. En tales situaciones, el patrón evitativo ante situaciones sociales constituye más una conducta adaptativa frente a las características idiosincrásticas de la cultura, que un trastorno de ansiedad o evitación social. De igual manera, debido a la desigualdad de derechos y condiciones de vida, los sujetos inmigrantes pueden llegar a presentar un patrón de evitación ante la cultura en la cual se están insertando. En todos esos casos, deberá evaluarse primero la adaptación social del individuo a su cultura de origen antes de diagnosticar un TPE.

El TPE parece distribuirse por igual en hombres y en mujeres (APA, 2000). Sin embargo, su distribución pudiera ser similar a la fobia social, produciéndose esa igualdad en muestras clínicas, pero siendo algo superior en las mujeres cuando se trata de la población general. Pero dado el escaso conocimiento que se tiene sobre este trastorno, no parecen muy fiables los datos que se tienen hasta ahora, ni con respecto a la distribución por sexos ni sobre la prevalencia en la población general.

El comportamiento de evitación ocasionalmente puede presentarse en épocas tempranas de la infancia manifestado en aislamiento, vergüenza ante los extraños y temor a situaciones nuevas, aunque esto podría ser una condición transitoria propia del sistema educativo en la infancia. Los estudios de niños acerca del desarrollo de la vergüenza y timidez ante situaciones sociales indican que ya en edades muy tempranas, alrededor de los 2 a 3 años, los niños pueden experimentar emociones negativas frente a la crítica y desaprobación de los demás (Hudson y Rapee, 2000). Si bien los componentes predecesores del TPE pueden encontrarse en la infancia, éstos suelen ser características comportamentales que se van acrecentando con la edad, llegando a presentarse los primeros síntomas en la adolescencia a la edad promedio de 15,5 años (Faravelli *et al.,* 2000). En la edad adulta, el TPE se cristaliza a una edad promedio de 28,8 años (Faravelli *et al,* 2000). No se han encontrado estudios que demuestren que el TPE pueda desaparecer espontáneamente en edades más avanzadas (Coolidge *et al,* 2000), pero parece que el TPE en la edad adulta tiende a remitir o a hacerse menos evidente (APA, 2000).

Muchos pacientes con un TPE son capaces de funcionar aceptablemente si se encuentran en un ambiente protegido. Algunos se casan, tienen hijos y viven sus vidas rodeados únicamente de miembros de la familia. Sin embargo, si el sistema de apoyo falla, pueden padecer depresión, ansiedad y tensión crónica (Kaplan *et al.,* 1994).

9.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

El solapamiento existente entre el TPE y otros trastornos tanto del Eje I como del Eje II, tal y como aparecen en el DSM-IV-TR, puede llegar a ser considerable. Este es el caso del TPE y la fobia social generalizada. No parece haber razones coherentes para diferenciar ambos trastornos (Caballo, 1995); incluso el DSM-IV-TR señala que el solapamiento

puede ser tan grande que estos dos diagnósticos pudieran ser conceptos alternativos del mismo trastorno. Existen numerosos estudios que no encuentran diferencias sintomatológicas relevantes que permitan establecer el diagnóstico diferencial entre ambos diagnósticos (p. ej., Faravelli *et al.,* 2000; Hudson y Rapee, 2000; Reich, 2000; Hofmann *et al.,* 1995; Hope, Herbert y White 1995). Es probable que la psicopatología general en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia circunscrita, la más leve, donde el sujeto tiene miedo a una o dos situaciones sociales, hasta el TPE, el más grave, donde están implicadas la mayoría de las situaciones sociales y cuyo inicio se remonta temprano en el tiempo (Caballo, 1995).

La evitación también caracteriza al TPE y al trastorno de pánico con agorafobia y a menudo tienen lugar al mismo tiempo. La evitación de este último trastorno empieza normalmente después del inicio de los ataques de pánico y puede variar en frecuencia e intensidad, mientras que la evitación en el TPE suele tener un comienzo temprano, una ausencia de estímulos desencadenantes claro y un curso estable (APA, 2000).

Con respecto a los trastornos de personalidad del Eje II, señalar que hay un notable solapamiento con algunos trastornos. Así, tanto el TPE como el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) se caracterizan por sentimientos de inadecuación, hipersensibilidad a la crítica y una necesidad de seguridad. La principal preocupación del TPE es evitar el rechazo y la humillación, mientras que el TPD busca que le cuiden. Los dependientes responden a la crítica aumentando su sumisión y manifestando un deseo de mantener las relaciones como sea, mientras que los sujetos con evitación se apartan y se distancian de aquellos que expresan esas evaluaciones negativas Sin embargo, es probable que ambos trastornos se den juntos con frecuencia. En relación a los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad, el TPE comparte la característica del aislamiento social. Pero mientras que los individuos con un TPE desean tener relaciones sociales y sienten la soledad en su fuero más interno, los sujetos con un trastorno esquizoide son realmente indiferente a las cuestiones sociales y están emocionalmente embotados. Las personalidades esquizotípicas se diferencian de los sujetos con evitación por sus excentricidades obvias, como el habla confusa, las ideas de referencia, etc., básicamente los rasgos de la esquizofrenia sin la presencia de las ideas delirantes o las alucinaciones; los sujetos con evitación carecen de estas conductas extrañas y peculiaridades extremas, mostrando, por el contrario, una anticipación de la humillación. Las personalidades paranoides comparten muchas características con los sujetos con evitación, especialmente una sospecha y un temor hacia el ambiente. La soledad y el exceso de alerta del sujeto con evitación provienen de una intensa sensación de devaluación personal y baja autoestima. Por el contrario, las renuencias del paranoide provienen de un deseo de mantener la autonomía y de una expectativa de malicia y decepción hacia los demás (Millon y Escovar, 1996).

9.8. Etiología

La etiopatogenia del TPE es desconocida, pero probablemente inciden en este trastorno tanto determinantes biológicos como ambientales. Los factores que originan los trastor-

nos de ansiedad y evitación social pueden ser principalmente agrupados en: *a)* factores genéticos; *b)* factores familiares; *c)* otros factores ambientales; y *d)* factores del desarrollo (Hudson y Rapee, 2000).

A) Factores genéticos

Las investigaciones con adopción de gemelos, estudios de familia y del temperamento, han proporcionado, en general, abundante evidencia de que los factores genéticos pueden tener una importante incidencia en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y evitación social. Sin embargo, de los resultados de los estudios con gemelos no ha sido posible determinar la heredabilidad específica de los trastornos de ansiedad y de la evitación social; más bien, los datos apoyan la conclusión de que lo que es heredado es la propensión a la inestabilidad emocional en general (Hudson y Rapee, 2000; Catarineu y Gili, 1998). Evidencias de la discreta proporción de varianza en la fobia social debida a factores genéticos específicos fue proporcionada por el estudio de Kendler *et al.* (1992) realizado con una muestra de 2.163 pares de gemelas femeninas, en donde la tasa de concordancia para la fobia social fue más alta para las gemelas monocigóticas (24%) que para las dicigóticas (15%), sugiriendo que el 21% de la varianza en fiabilidad para la fobia social fue el resultado de factores genéticos específicos y un 10% se debió a factores genéticos compartidos por todas las fobias. Por tanto, si bien existe evidencia de la influencia de factores genéticos específicos en la etiología de la fobia social y de otras fobias, los resultados parecen ser más consistentes con la noción de que lo que se hereda es una predisposición general para la ansiedad, más que una transmisión genética para trastornos específicos de ansiedad y el TPE (Hudson y Rapee, 2000).

En los estudios sobre temperamento, un área de importancia para la investigación de las influencias genéticas sobre los trastornos de ansiedad y de evitación social es la *inhibición conductual,* que se plasma en reacciones de retirada, cautela, evitación y timidez ante situaciones no familiares (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984). Los estudios sobre la inhibición conductual han resaltado sus influencias con los trastornos de ansiedad y especialmente con la fobia social y el trastorno de pánico (Turner, Beidel y Wolff, 1996). De la investigación sobre inhibición conductual puede desprenderse que este elemento temperamental puede marcar un incremento del riesgo para los trastornos de ansiedad, incluyendo los trastornos relacionados con la fobia social y, especialmente, para el TPE. No sería muy arriesgado plantear que la inhibición conductual podría ser un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de problemas de interacción social, dependiendo de la facilitación o no por el ambiente, de esa característica temperamental. Y parece que las prácticas educativas de los padres pueden producir grandes diferencias, a largo plazo, en las consecuencias de la inhibición conductual. Así, si los padres intentan exponer al niño con temor a situaciones sociales, es más probable que se produzca una atenuación de esa inhibición, mientras que si los padres responden con la sobreprotección harán que se mantengan los comportamientos de inhibición. No solamente la sobreprotección favorece el mantenimiento de los temores. El

modelado, por parte de padres que son también temerosos, constituye un segundo mecanismo por medio del cual el rasgo temperamental de la inhibición conductual puede ser mantenido y amplificado a lo largo del desarrollo del niño, para acabar manifestando en la adolescencia un TPE. Profundizaremos un poco más en los factores familiares en el siguiente apartado.

B) Factores familiares

Hudson y Rapee (2000) señalan tres aspectos que son probablemente de importancia para la transmisión familiar en la génesis y el desarrollo de la fobia social y del TPE: 1) los estilos de crianza infantil de los padres; 2) el modelado parental de la ansiedad social; y 3) la limitada exposición a situaciones sociales.

En relación a los estilos de crianza infantil, los estudios retrospectivos de sujetos con problemas de ansiedad y evitación social revelan que, en general, perciben a sus respectivos padres como sobreprotectores, carentes de calidez, indiferentes, poco afectuosos, rechazantes, controladores, autoritarios y coercitivos. Sin embargo, pareciera que el estilo parental de crianza infantil principalmente relacionado con la ansiedad es la sobreprotección, siendo tal vez el más consistente como factor generador de la conducta de evitación (Hudson y Rapee, 2000).

El grado de restricción de contactos e interacciones sociales que los miembros de la familia, y especialmente los padres, tengan con otros miembros de la comunidad, parece ser otro factor de importancia en la génesis y desarrollo de los trastornos de ansiedad y evitación social en los niños. Grados altos de limitaciones sociales disminuyen las posibilidades de exposición de los niños a situaciones sociales, deteriorando el proceso de socialización (Hudson y Rapee, 2000). La restricción social afectará a las oportunidades del niño para exponerse a diferentes agentes de socialización y aprender la variedad de conductas sociales necesarias para adaptarse e insertarse en la comunidad. El déficit de exposiciones al grupo de iguales disminuirá la posibilidad de que el niño adquiera un repertorio de comportamiento de acercamiento e interacción social con otros niños, lo que puede conducir a que la presencia de iguales constituya una situación por sí misma provocadora de ansiedad, estado emocional que 'hay que evitar', incrementando así el déficit de habilidades sociales y el riesgo de desarrollar un TPE.

En casos de padres que ellos mismos presentan problemas de ansiedad y evitación social, deliberada o inadvertidamente, pueden enseñar a sus hijos que las situaciones sociales son peligrosas y dañinas. Probablemente, semejante forma de enseñanza pueda producirse a través de un proceso de modelado, en el cual el niño accede a la observación de la conducta de evitación social de sus padres y a las verbalizaciones autodescalificadoras que ellos hacen acerca de sus dificultades en la interacción con los demás. A lo anterior podría agregarse también el control instruccional que los padres ejercen sobre los niños al establecer reglas o descripciones verbales acerca de los riesgos y conflictos vinculados a un posible contacto social, sobredimensionados por sus propias aprensiones. El cuadro que se genera es, entonces, que, dada la combinación entre un ambiente restringido so-

cialmente y la influencia modeladora que ejercen padres socialmente evitadores sobre sus hijos, el desarrollo de un TPE en un niño podría estar transmitido por las experiencias familiares generadas por el comportamiento fóbico a nivel social de los padres. En semejante ambiente familiar, si algún hijo se 'salva' de presentar un trastorno de esta naturaleza se debería a la influencia de factores de diferencias individuales, los cuales podrían deberse a la transmisión de una baja predisposición genética para la ansiedad y la evitación social. A este respecto, bajo condiciones de crianza en ambientes familiares propicios para la ansiedad y la evitación social, un asunto de interés científico y clínico acerca de la transmisión genética *versus* adquirida de dicha ansiedad y evitación social es el estudio de los procesos que, aun bajo condiciones ambientales adversas, 'inoculan' a determinados niños los componentes básicos que llevan a una fobia social generalizada o a un TPE.

C) Factores ambientales

El desarrollo de un trastorno de ansiedad y evitación social puede también deberse a, o ser desencadenado por, otros factores ambientales que, aunque de una u otra manera se relacionen con experiencias del ambiente familiar, su génesis se ubica en experiencias extrafamiliares. Entre los factores ambientales que se han informado como relacionados con la historia de vida de personas con fobia social se encuentran las experiencias sociales traumáticas, tales como provocar la risa burlona en los iguales o cometer un error en situaciones de exposición ante los demás, como salir frente a la clase, una primera cita, hablar en público o participar en una fiesta (Hudson y Rapee, 2000). También el rechazo de los iguales y, por consiguiente, el aislamiento social son factores que están asociados a la fobia social y al TPE. Los estudios retrospectivos revelan que determinadas experiencias durante la infancia, como la incompetencia social, la impopularidad, la timidez y el juego solitario están relacionados con la fobia social, lo que puede deberse a un temperamento ansioso que hace que el niño se comporte de modo que lo apartan de otros niños o lo hacen más susceptible a la burla, la intimidación o el rechazo por los demás, aumentando así su aislamiento y su falta de habilidad social (Caballo, 1997a; Monjas y Caballo, 2002; Hudson y Rapee, 2000). Como señalan Millon y Escovar (1996b): "Conforme el niño se aventura a conocer a sus iguales en la escuela, en los momentos de juego, en el campo atlético, en los bailes de la escuela, etc., se expone a una variedad de retos que pueden reducir su sensación de autocompetencia y autoestima. Muchos de esos jóvenes sufrirán el impacto de los recuerdos diarios sobre su ineptitud escolar, algunos serán ridiculizados por los déficit en sus destrezas atléticas, otros serán humillados y experimentarán un cruel menosprecio en las manos de sus iguales debido a su falta de atractivo físico y su falta de encanto, de vitalidad, etc. Incapaces de validarse a sí mismos en cualquiera de las infinitas esferas intelectuales, físicas o sociales de la competición entre iguales, puede que no sólo sean ridiculizados y aislados por los demás, sino que se vuelvan muy críticos consigo mismos por su falta de valía y estima. Ahora sus sentimientos de rechazo y soledad están complementados por sus pro-

pios juicios severos de inferioridad personal y falta de encanto. Son incapaces de volverse hacia los demás o hacia sí mismos para conseguir consuelo y satisfacción" (pp. 151-152). Además, las enfermedades durante la infancia, especialmente si son prolongadas y/o invalidantes, pueden disminuir las oportunidades para adquirir habilidades sociales contribuyendo, de este modo, al desarrollo de la timidez, aislamiento y ansiedad social. Finalmente, los resultados son contradictorios entre los estudios acerca de una eventual mayor propensión a la fobia social en los primogénitos que en los demás hijos (Hudson y Rapee, 2000; Rapee y Melville, 1997).

D) Factores de desarrollo

Desde muchas fuentes diferentes se sostiene que los problemas de ansiedad y evitación social cristalizan en trastornos de naturaleza social en el período de la adolescencia. Es en este período de la vida cuando se inician en forma categórica las demandas de la comunidad por habilidades sociales de los jóvenes para que encuentren su lugar dentro del sistema social. Es también en la temprana adolescencia el período del desarrollo en el que se incrementa el grado de conciencia sobre uno mismo, mediante el cual el individuo tiene la capacidad de darse cuenta de la evaluación de los demás. Es posible que este aumento de la conciencia de uno mismo actúe como desencadenante en el inicio de los miedos sociales (Hudson y Rapee, 2000), sobre todo si existen déficit previos de habilidades sociales y/o baja autoestima que tornen al joven más susceptible y vulnerable a la crítica y desaprobación por los demás, elementos característicos del TPE.

9.9. Evaluación

Aunque no hay instrumentos específicos para la evaluación del TPE, se pueden utilizar cuestionarios y entrevistas que evalúen ansiedad/fobia social con el fin de obtener una muestra más amplia del comportamiento de los pacientes con un TPE en distintas situaciones sociales (para una revisión de instrumentos de evaluación de fobia social véase Caballo *et al.,* 2004). En las líneas que siguen, nos detendremos en algunas características de la entrevista con el TPE. Othmer y Othmer (1996) proponen unas pautas para la realización de la entrevista a este tipo de pacientes. La mejor forma de abordar los primeros momentos de la entrevista es por medio de la empatia, haciendo que comparta con el terapeuta sus sufrimientos pasados y sus actuales temores anticipatorios. Se ha de evitar la confrontación con el paciente, ya que estos individuos son muy reticentes a la interacción con gente desconocida y aquella puede ser interpretada como crítica. Al principio suelen ser bastante retraídos y contestar con monosílabos. Para lograr que confíen en el clínico éste deberá transmitir una sensación de comprensión y protección. Si el paciente se siente aceptado y seguro, confiará o cooperará con el terapeuta, proporcionando detalles explícitos sobre sus dificultades interpersonales, revelando lo sensible que es a la crítica y a la incomprensión social. Una vez establecido el vínculo terapéutico, estos

sujetos son fáciles de entrevistar. De hecho, llegan a experimentar un gran alivio cuando describen sus miedos sociales. Es conveniente que el clínico le quite importancia a todas aquellas situaciones que resultan embarazosas para el paciente, ya que de lo contrario es probable que vuelvan a retraerse de nuevo.

Se pueden utilizar también entrevistas y cuestionarios de autoinforme que evalúan los trastornos de personalidad en general, como el SCID-II, la IPDE, entre las entrevistas, o el MCMI-III, la escala de introversión del MMPI o el CEPER, como instrumentos de autoinforme (veáse el capítulo 1 para las referencias de estos instrumentos o el capítulo 14 para una descripción más detallada de algunos de ellos).

9.10. Tratamiento

La intervención con el TPE puede ser muy similar a la que tiene lugar con el trastorno del Eje I, "fobia social generalizada" (véase Caballo, Andrés y Bas, 1997, para un programa sistemático cognitivo-conductual con este síndrome). Alden, Mellings y Ryder (capítulo 21 de este mismo volumen) exponen un programa de tratamiento para el TPE desde la perspectiva cognitivo-interpersonal. En general, dependiendo de la etiología que se le ha supuesto a la evitación interpersonal y a la ansiedad social del TPE, se han empleado una serie de estrategias de tratamiento:

1. *Entrenamiento en relajación* con o sin *desensibilización sistemática*, utilizadas para disminuir la ansiedad asociada con los encuentros sociales problemáticos.
2. *Entrenamiento en habilidades sociales,* con los elementos del ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/refuerzo y las tareas para casa.
3. *Terapias cognitivas* dirigidas a eliminar las suposiciones, atribuciones y autoverbalizaciones asociadas frecuentemente con la ansiedad social.
4. *Técnicas de exposición,* utilizadas conjuntamente con uno o varios de los procedimientos anteriores.

Se ha señalado que aunque los beneficios del tratamiento pueden no ser muy visibles inmediatamente después de la terapia, con un período más largo de exposición a las situaciones evitadas las mejoras pueden hacerse evidentes (Sutherland y Frances, 1995). Sin embargo, estos autores insisten en la importancia de la reestructuración cognitiva para el mantenimiento de las ganancias debidas al tratamiento en los sujetos con un TPE. Una enumeración de algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TPE pueden verse en el cuadro 9.9.

9.10.1. *La terapia cognitiva, de Beck*

Beck y Freeman (1990) plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones y pen-

Cuadro 9.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TPE (Caballo, 2001c).*

- Entrenamiento en relajación (con o sin DS).
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Reestructuración cognitiva.
- Mejora de la autoestima.
- Técnicas de exposición.
- Terapia cognitivo-interpersonal, de Alden:
  - Autorregistro.
  - Modificación cognitiva (3 niveles).
  - Activación conductual.
  - Exposición a las conductas y situaciones que teme.
  - Ensayo de conducta.

samientos disfuncionales. Abogan por una identificación de pensamientos automáticos de los sujetos durante las primeras fases de la entrevista, pensamientos que pueden sacarse a la luz cuando los pacientes manifiestan un cambio de afecto, en medio de una discusión, o al final de la sesión. Una vez expresados, los pensamientos automáticos pueden evaluarse de distintas maneras. Beck y Freeman (1990) proponen el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para los sujetos con un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar. La representación e inversión de papeles para evocar pensamientos automáticos disfuncionales es también muy útil en este caso. Dado que en los pacientes con un TPE suele darse evitación emocional y cognitiva, se requiere que éstos se evalúen a sí mismos para que se den cuenta de que evitan situaciones en las que tienen pensamientos automáticos que producen disforia. El terapeuta y el paciente pueden evaluar conjuntamente estas cogniciones negativas y aumentar la tolerancia del paciente ante las emociones negativas. Para desensibilizar a este, se puede construir una jerarquía que incluya ítems cada vez más perturbadores que se discutirán en la sesión.

Para algunos sujetos con un TPE, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento necesario, con el fin de que tengan una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Parte de la terapia se dedica también a identificar y comprobar los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Primero, el paciente aprende la base evolutiva de los esquemas negativos. Luego esos esquemas se ponen a prueba por medio de experimentos predictores, observación dirigida y representación de los primeros incidentes relacionados con los esquemas. Finalmente, los pacientes empiezan a darse cuenta y a recordar datos antiesquema sobre ellos mismos y sus experiencias sociales. Beck y Freeman (1990) colocan como la última fase de la terapia la prevención de las recaídas, ya que los pacientes con un TPE pueden recaer fácilmente en la evitación. En esta última fase se emplean ejercicios conductuales y cognitivos. Entre los primeros se encuentran actividades como establecer nuevas amistades, profundizar en las ya existentes, intentar nuevas experiencias,

Cuadro 9.10. *Algunos fármacos que pueden ser de utilidad para síntomas característicos del TPE.*

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ansiedad social, fobia social, sensibilidad al rechazo, ansiedad de rendimiento, ansiedad anticipatoria, excesiva sensibilidad emocional.	ISRS, IMAO, benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam).

etc. El terapeuta indica al paciente que la ansiedad que puede surgir en una situación social señala la reactivación de una actitud disfuncional que necesita de atención. La ansiedad podría constituir un estímulo para identificar los pensamientos automáticos que interfieren con la consecución de los objetivos. Y luego responder a estas cogniciones negativas de una forma racional. Se puede utilizar la Hoja de Registro de Pensamientos Disfuncionales para registrar estas tareas. Antes de terminar la terapia, terapeuta y paciente tienen que desarrollar un plan para que éste continúe con la terapia por sí mismo una vez que la terapia formal haya terminado.

9.10.2. *Tratamiento farmacológico*

El uso de psicofármacos para el TPE suele ser un tratamiento de carácter sintomático y está orientado a controlar los síntomas de la ansiedad y depresión. Se utiliza también para las ocasiones en las que se presenta irritabilidad por la sobreactivación del sistema nervioso autónomo simpático. Aunque los estudios varían en muchos aspectos, la evidencia preliminar tiende a apoyar la administración de benzodiacepinas, ISRS y varias formas de IMAO que pueden ser eficaces para el tratamiento del TPE o de patrones de evitación asociados con las fobias sociales (Reich, 2000).

9.11. Conclusiones y tendencias futuras

Los pacientes que padecen un TPE parecen experimentar un mayor grado de sufrimiento psicológico que otros trastornos de personalidad. Las personas con un TPE padecen de intensas, permanentes y dramáticas emociones negativas que interfieren gravemente en todos los planos de sus vidas, por lo que se sienten a sí mismos como personas repelentes y despreciables para los demás, pero, sobre todo, para ellos mismos. El sentimiento de que son personas despreciables, pero que anhelan sentirse apreciados, constituye un permanente conflicto experiencial, transformándose en un ciclo autoperpetuador de soledad que provoca una profecía que se cumple a sí misma. Este conmovedor estado de sufrimiento autogenerado implica también a la relación terapéutica, en la que las competencias profesionales, la búsqueda de métodos eficaces y el compromiso personal del

terapeuta son requisitos para producir el vínculo y el éxito terapéutico. La patética alteración de la imagen de uno mismo, con el consiguiente deterioro de la autoestima, que presentan estos pacientes, hacen del TPE un problema urgente de investigación en psicología clínica, necesitando de un diseño innovador y del desarrollo de nuevos métodos terapéuticos que sean diferencialmente eficaces, descriptibles y replicables para abordar humana y científicamente la reorganización de la imagen de uno mismo y la mejora de la autoestima de los pacientes con un TPE.

Gran parte de los procedimientos terapéuticos que se han mostrado útiles para la fobia social generalizada pueden servir igualmente para el tratamiento del TPE. No obstante, es necesaria una mejor delimitación del trastorno. Quiza la creación de una amplia categoría donde se incluyan todos los problemas que tienen como síntoma fundamental los temores interpersonales puede aclarar este campo. No parece nada clara tampoco la etiología del TPE. Si bien algunos indicios apuntan a una mezcla de factores genéticos (como, p. ej., la inhibición conductual), factores parentales de educación (como la sobreprotección) y factores ambientales relacionados con los iguales (como la exposición al ridículo ante los demás), poco se sabe de la verdadera etiología del TPE. Finalmente, debemos señalar que a diferencia de otros trastornos de la personalidad, existen procedimientos cognitivo-conductuales probablemente eficaces para la intervención sobre este trastorno.

10

El trastorno de la personalidad por dependencia

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

10.1. Introducción

Hay individuos que no son capaces de tomar decisiones por sí mismos. Necesitan a otros en quienes confiar y a quienes pedir consejo. Viven dependiendo de los demás para tomar cualquier decisión, para trabajar, para divertirse, para ilusionarse. Sus vidas sólo tienen sentido cuando hay personas que las llenan, que les ilusionan, que se preocupan por ellos. Viven en función de los demás, en función de su jefe, en función de su pareja. Están pendientes de las necesidades de las personas a las que quieren, se anticipan a sus deseos, no buscan más que el bienestar, la felicidad de ellas. En sus relaciones sociales buscan la armonía, fomentando los buenos sentimientos entre las personas. No les gustan las peleas ni las discusiones y procuran apaciguar el ambiente cuando se producen esas situaciones. Son atentos con la gente, procurando que se sientan bien si eso depende de ellos. Tienen detalles con los demás que a ningún otro estilo de personalidad se les pasa por la imaginación. No soportan estar solos, sin nadie a su alrededor. Necesitan tener a alguien que cuide de ellos, que les proteja. Los rasgos de personalidad dependiente son muy comunes en nuestra sociedad. Aunque se da en ambos sexos, la tendencia ha sido fomentar este tipo de comportamiento en las mujeres, amas de casa que se dedican a cuidar al marido, la casa, los hijos. Tradicionalmente se ha valorado el rol de buena esposa que vive pendiente de su familia, que delega las decisiones importantes en su marido, que es cariñosa y está siempre pendiente de satisfacer las necesidades de los suyos. No obstante, debido a la incorporación cada vez mayor de la mujer al mundo laboral y el cambio de mentalidad que esta situación favorece, ya es más frecuente encontrar a mujeres que tengan reparos en manifestar este tipo de conductas dependientes y de segundo plano. El estilo dependiente suele ser del agrado de las personas que se encuentran en el entorno del individuo que manifiesta este patrón de comportamiento, incluyendo a la pareja, los amigos, los familiares. Es agradable que estén pendiente de las necesidades de uno. No obstante, cuando estos comportamientos se llevan al extremo, suele constituir un verdadero problema para el contexto social del sujeto, especialmente el más cercano.

Se vuelven pegajosos, pesados, molestos, realmente difíciles de soportar. Llegan a ser sujetos sin opinión propia, incapaces de hacer nada por ellos mismos, siempre pegados a los otros. En este caso, podemos hablar que ese patrón de comportamiento se ha convertido en un trastorno de la personalidad por dependencia (TPD).

10.2. Revisión histórica

Fleming (1990) señala que las primeras descripciones de los individuos dependientes eran a menudo peyorativas. En los escritos de los psiquiatras del siglo **XIX,** las características de pasividad, falta de eficacia y docilidad excesivas de esos pacientes se veían como fallos del desarrollo moral. El concepto de trastorno por dependencia tiene una larga historia psicoanalítica, concretamente en el postulado de la etapa "oral" de desarrollo del niño. Se hipotetizó que la frustración o la sobregratificación durante la etapa oral produciría una fijación" oral (o dependencia oral) que haría que la persona en la edad adulta siguiera dependiendo de los demás para su desarrollo y apoyo (Freud, 1905/1972). Posteriormente a las especulaciones iniciales sobre la etiología y dinámica de la dependencia oral, otros psicoanalistas ampliaron el modelo psicoanalítico clásico (p. ej., Abraham, 1927; Fenichel, 1945).

Por su parte, Anderson (1966, citado en Fleming, 1990) indica que el precedente de la categorización diagnóstica de los trastornos de personalidad dependiente y pasivo-agresivo fue la categoría de "reacciones de inmadurez" descrita en la II Guerra Mundial y que se definía como una reacción de tipo neurótico ante el estrés de la rutina militar, manifestada por indefensión o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o estallidos agresivos.

En la primera edición del DSM ya estaba incluido el concepto del trastorno de la personalidad por dependencia (TPD). Se le denominaba trastorno de la personalidad pasivo-dependiente" y se clasificaba como un subtipo del trastorno de la personalidad pasivo-agresiva. La definición del DSM-I sobre la personalidad pasivo-dependiente era muy breve: "Esta reacción está caracterizada por desamparo, indecisión y una tendencia a pegarse a los demás como un niño dependiente de los padres que lo sustentan".

En el DSM-II no se incluyó ninguna versión de la personalidad dependiente. Sin embargo, el concepto reapareció en el DSM-III bajo el nombre actual de trastorno de la personalidad por dependencia. La definición del DSM-III sobre este trastorno era diferente, ya que consistía en una definición nomotética (es decir, todos los criterios diagnósticos eran necesarios y suficientes para el diagnóstico). Se criticó esta definición por utilizar sólo tres criterios y con ese formato. En respuesta a esta crítica, el DSM-III-R contenía una definición bastante diferente para la personalidad por dependencia, planteando nueve criterios, cinco de los cuales deben estar presentes para realizar un diagnóstico. Tanto los criterios del DSM-III-R como los del DSM-IV y DSM-IV-TR describen dos formas de disfunción: la dependencia y el apego patológicos. Criterios como "busca urgentemente otra relación cuando termina una relación íntima" y "se preocupa de forma poco realista por el temor de ser abandonado" se refieren-a conductas de apego, mientras que criterios como "es incapaz de tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos

o recomendaciones por parte de los demás" se refiere a conductas de dependencia. Los ítems de apego eran nuevos en el DSM-III-R y continúan en el DSM-IV-TR; anteriormente, los criterios contenían sólo ítems de dependencia. Aunque los criterios del DSM-III-R y del DSM-IV-TR son una mezcla de ítems de apego y dependencia, Livesley, Schroeder y Jackson (1990) señalan que los teóricos del apego plantean una clara distinción entre apego y dependencia. Para Bowlby (1977), la conducta de apego es "cualquier forma de conducta que tiene como resultado que una persona alcance, o permanezca en, las proximidades de otro individuo distinto y preferido, a quien normalmente se concibe como más fuerte y/o más listo" (p. 203). Por el contrario, las conductas de dependencia no se dirigen hacia un individuo específico ni se preocupan en aumentar las sensaciones de seguridad que surgen de la proximidad con las figuras de apego. Lo que se dan son conductas más generalizadas dirigidas a obtener ayuda, dirección y aprobación. Livesley *et al.* (1990) propusieron que en las revisiones posteriores al DSM-III-R se incluyera el apego como rasgo distintivo además de la dependencia del TPD. El cambio de definición del TPD que proponían (y que no se ha incorporado al DSM-IV y DSM-IV-TR) era el siguiente: el TPD consiste en "un patrón enraizado de apego inseguro y baja autoestima asociado con conductas dependientes y sumisas" (p. 139).

10.3. Estilo dependiente de personalidad: El tipo apegado

Las personas que presentan un estilo de personalidad de tipo dependiente son las que viven literalmente para hacer felices a quienes consideran importantes en sus vidas, especialmente a sus parejas. Atentos a los sentimientos o necesidades del otro, anteponen la felicidad de los demás a la suya propia y se sienten satisfechos si aquellos a los que cuidan están bien. Suelen adoptar un papel pasivo en las relaciones acatando las decisiones que toman sus parejas. Oldham y Morris (1995) proponen las siguientes características que definen al tipo dependiente: ···

- Personas muy comprometidas en sus relaciones.
- Prefieren la compañía de otras personas a estar solos.
- Prefieren obedecer a dirigir y son muy respetuosos con las autoridades. Ante la toma de decisiones piden consejo a los demás gustosamente, ya que no cuentan con demasiada iniciativa para enfrentarse a la vida.
- Amables y diplomáticos, fomentan en sus relaciones los buenos sentimientos.
- Son emocionalmente constantes.
- Son capaces de sufrir molestias por complacer a los demás y si se enfadan con alguien prefieren no expresarlo abiertamente por no molestar al otro.
- Cuando se les critica lo aceptan y tratan de corregir su conducta.
- Idealizan a sus parejas y no se cansan de ellas, al igual que ocurre con cualquier persona importante en sus vidas.
- A menudo, en tipos extremos, pueden llegar a sentirse inferiores a las personas que tienen idealizadas.

Los sujetos con este estilo de personalidad tienen una marcada tendencia a establecer relaciones sociales. Se anticipan a las necesidades de los demás intentando complacerles, aunque para ello tengan que sacrificarse. El hecho de que sus relaciones sean desequilibradas, dando ellos siempre más al otro, es algo que no sólo no tienen en cuenta, sino que además tienden a buscar parejas dominantes, dejando que sean ellos los que tomen las decisiones, evitando, así, conflictos de poder y discusiones. Este tipo de relaciones funcionan mientras la otra persona no se aproveche de este estilo servicial de personalidad o el dependiente no tenga que sacrificar algo realmente importante de su vida para conseguir que esa relación siga adelante. Se sienten responsables de aquello que no funciona en su relación de pareja, por lo que, en esos casos, intentan solucionar los problemas complaciendo aún más al otro. Esto suele complicar la situación, ya que esta sumisión puede cansar a la otra persona. El estilo dependiente ha de tener cuidado si su pareja es de tipo sádico o antisocial, ya que es probable que terminen aprovechándose de él y haciéndole daño. La persona que mejor conecta con el dependiente es un obsesivo-compulsivo o un paranoide, ya que a estos últimos les gusta tomar las decisiones y llevar las riendas de la relación y, además, el paranoide sabe apreciar las atenciones del dependiente. A los narcisistas les encantan los dependientes, ya que se sienten adulados por ellos teniéndolos a su servicio, aunque los narcisistas no les pueden brindar la seguridad que los dependientes necesitan. Al ser, tanto los pasivo-agresivos como los dependientes, tan resistentes a tomar las riendas en las relaciones, esta combinación de estilos no parece ser la más estable. Los histriónicos no pueden ofrecer al dependiente la tranquilidad emocional que éste necesita y y los de tipo evitativo no pueden brindarles la fortaleza para el apoyo que el tipo dependiente desea. Con respecto a la personalidad límite, a pesar de que dejan que los dependientes satisfagan muchas de sus necesidades, su estilo tan variable puede dificultar la relación. Aunque parezca extraño, cuando acaban juntos dos dependientes, siempre que no sean extremos, pueden llegar a funcionar apoyándose cada uno de ellos en ámbitos diferentes de sus vidas. •

• *Cómo relacionarse con un tipo dependiente*

Oldham y Morris (1995) proponen que para relacionarse con sujetos con este estilo de personalidad es conveniente no combatir su tendencia a complacer, ya que es algo que les agrada, por lo que es conveniente disfrutar de ello. Hay que valorarle las atenciones que dispensa así como tener en cuenta que, como todo el mundo, también tienen necesidades que requieren ser cubiertas, aunque no las exterioricen, esperando que la otra persona las anticipe al igual que ellos hacen. Al ser tan sensibles a la opinión de los demás, es conveniente recordarles lo mucho que se les quiere y aprecia. Cuando haya que solucionar algún problema, hay que proporcionarle seguridad y confianza para evitar que se sientan culpables y pierdan la confianza en sí mismos. Hay que tener cuidado de no aprovecharse de ellos y empujarles para que tomen por sí mismos las decisiones con el fin de fomentar su independencia.

Cuadro 10.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno de la personalidad por dependencia.*

DSM-IV-TR	CIE-10
Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que produce un comportamiento de sumisión y apego y temores de separación, que empieza en el principio de la edad adulta y se encuentra presente en una serie de contextos, tal como lo indican cinco (o más) de los siguientes síntomas:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad. *B)* Al menos cuatro de los siguientes síntomas han de estar presentes:
1. Le es difícil tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejo y recomendaciones por parte de los demás.	1. Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o reafirmación de los demás.
2. Necesita que otras personas asuman la responsabilidad en las áreas más importantes de su vida.	2. Fomenta o permite que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
3. Le es difícil expresar desacuerdo ante otras personas por temor a perder su apoyo o aprobación (Nota: no se incluyen los miedos reales al castigo justo).	3. Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que depende.
4. Se esfuerza en exceso para obtener cuidado y apoyo por parte de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.	4. Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que depende; sumisión excesiva a sus deseos.
5. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo, debido a temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.	5. Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
6. Está preocupado de forma poco realista por el temor de que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.	6. Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propia suerte.
7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación íntima.	Puede presentarse además la percepción de sí mismo como un individuo inútil, incompetente y falto de resistencia.
8. Le es difícil iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa (debido a una falta de confianza en sus propios juicios o capacidades en vez de una falta de motivación o energía).	Incluye: *Personalidad asténica* *Personalidad inadecuada* *Personalidad pasiva* *Personalidad derrotista* *Trastorno asténico de la personalidad* *Trastorno inadecuado de la personalidad* *Trastorno pasivo de la personalidad* *Trastorno derrotista asténico de la personalidad*

10.4. El trastorno dependiente de la personalidad: diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) lo definen como un síndrome caracterizado por síntomas tales como una necesidad profunda y excesiva de que le cuiden a uno, lo que lleva a una conducta apegada y de sumisión y a temores de separación. En el cuadro 10.1 podemos ver esos criterios diagnósticos.

Se pueden observar las diferencias entre las dos clasificaciones diagnósticas con respecto a este trastorno de la personalidad. El DSM-IV-TR propone, además de los seis criterios que tiene en común con la CIE-10, dos más referidos a la tendencia de estas personas a buscar otra pareja cuando acaban una relación y a la falta de iniciativa para iniciar proyectos debido a la desconfianza en sus propios juicios. Por su parte, la CIE-10 incluye dentro de este trastorno otros diagnósticos propios de este sistema de clasificación.

10.5. Características clínicas

El patrón de personalidad por dependencia se caracteriza, en general, por una actitud pasiva y sumisa, una idea de sí mismo de incompetencia e inutilidad y por ser personas ansiosas y tristes. Viven para satisfacer las necesidades de los otros y su autoestima, así como su mayor fuente de gratificación, está determinada por el apoyo y el afecto de los demás.

A continuación se muestran los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos del trastorno de la personalidad por dependencia. Los cuadros 10.2, 10.3, 10.4 y 10.5 presentan estos aspectos.

Los individuos con un TPD carecen de habilidades para actuar de manera autónoma, siendo incapaces de cuidar de sí mismos por sí solos. Dependen del consejo y la ayuda de las personas a las que consideran importantes en sus vidas, ya que su falta de confianza es tal que se refleja incluso en sus gestos y en su forma de hablar. Se caracterizan por su fidelidad, su gentileza, su conformidad y por ser incapaces de criticar a aquellos a

Cuadro 10.2. *Aspectos conductuales característicos del TPD.* [*]

- Falta de confianza que se hace evidente en la postura, voz y gestos.
- Comportamientos de apego, apoyo y autosacrificio.
- Buscan activamente ayuda y consejo de los demás.
- Realizan actos no deseables con tal de conservar el apoyo de otras personas.
- Son fieles, modestos, gentiles, acríticos y conformistas con los demás.
- Caritativos con los demás, resaltando continuamente las virtudes de los otros.
- Faltos de habilidades para actuar por sí mismos.
- Incapaces de cuidar de sí mismos estando solos.
- Pasivos, sumisos, no asertivos.

Cuadro 10.3. *Aspectos cognitivos característicos del trastorno TPD.*

- Aprensión a estar solos.
- Temor a la separación, a la desaprobación, a la pérdida de apoyo.
- Necesidad constante de consejo y reafirmación.
- Empatia con los demás.
- Imagen de sí mismos como ineficaces y débiles.
- Suelen minimizar las dificultades.
- Pensamiento poco crítico.
- Ingenuos, con tendencia a ser persuadidos fácilmente.
- Fuerte necesidad de que les cuiden.
- Funden su identidad con la de los otros.
- Anteponen las necesidades de los demás a las suyas propias, sobreprotectores.
- Toleran el maltrato para mantener el afecto de otras personas.
- Falta de confianza en sí mismos, en sus capacidades.
- Les es difícil iniciar nuevas actividades.

los que idealizan. Su excesiva modestia les hace sentirse inferiores a los demás, resaltando continuamente las virtudes y aspectos positivos en los otros. Terminan siempre siendo pasivos *y* sumisos en sus interacciones, buscando continuamente el apoyo y apego en las relaciones.

Las personas con un TPD son muy empáticos llegando a anticipar los deseos y necesidades de los demás y anteponiéndolos a los suyos propios. La imagen que tienen de sí mismos se caracteriza por la incompetencia, necesitando a alguien a su lado que los vaya guiando y que sean los demás los que asuman las responsabilidades en las principales áreas de su vida, por lo que quedan exentos de la toma de la mayoría de decisiones. Son optimistas e ingenuos, por lo que es fácil persuadirlos y aprovecharse de ellos, sobre todo cuando se ofrecen para realizar tareas que nadie quiere hacer. Se entregan tanto en sus relaciones que llegan a hacer desaparecer los límites existentes entre ellos y la otra persona, de la que demandan constante consejo y reafirmación.

Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de una serie de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 10.4.

En el cuadro 10.5 se recogen algunos aspectos emocionales típicos del TPD. Cuando los sujetos con este trastorno tienen que tomar decisiones por ellos mismos o funcionar de forma autónoma, experimentan un gran malestar y ansiedad sobre todo cuando los resultados de sus esfuerzos son evaluados por los demás. Su exagerado miedo a ser abandonados y el sentimiento de desamparo que experimentan cuando se encuentran solos les hace incluso reprimir sus sentimientos de ira para no estropear su relación con los demás. Pero si la relación con otra persona importante para ellos finaliza pueden llegar a sentirse utilizados, dominados, anulados y desesperados al creerse incapaces de superar el vacío que supone esa pérdida.

Cuadro 10.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TPD.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Soy alguien necesitado y débil."	Pensamiento dicotòmico	Infravaloración
"Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo."	Minimización	Dependencia de los demás
"Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o me digan lo que tengo que hacer."	Catastrofismo	Dependencia de los demás
"Si me dejan solo, no puedo valerme por mí mismo."	Minimización	Dependencia de los demás
"Estoy básicamente solo, a menos que pueda aferrarme a una persona más fuerte."	Minimización	Infravaloración
"Ser abandonado es lo peor que me puede pasar."	Catastrofismo	Dependencia de los demás
"Si no me aman seré siempre infeliz."	Catastrofismo	Dependencia de los demás
"No debo hacer nada que ofenda a quien me apoya y me ayuda."	Afirmaciones de "debería"	Abandono/Inestabilidad
"Debo ser sumiso para conservar su benevolencia."	Afirmaciones de "debería"	Abandono/Inestabilidad
"Debo tener acceso a esta persona en todo momento."	Afirmaciones de "debería"	Dependencia de los demás
"No puedo tomar decisiones por mí mismo."	Minimización	Dependencia de los demás
"No sé desenvolverme bien como otras personas."	Abstracción selectiva	Infravaloración

Es característico de los sujetos con un TPD que eviten iniciar nuevos trabajos y tareas fuera de su rutina normal o que conlleven un esfuerzo considerable por miedo a quedar demasiado cansados. Simplemente pensar en empleos que aumenten su carga normal de trabajo puede provocar en ellos debilidad, ansiedad y un sentimiento general de agotamiento (Millon y Everly, 1994).

Cuadro 10.5. *Aspectos emocionales característicos del TPD.*

- Experimentan miedo y ansiedad cuando han de funcionar de forma independiente.
- Temor a que los abandonen.
- Inseguros y ansiosos.
- Se sienten desamparados si se encuentran solos.
- Se sienten dominados, utilizados, anulados y desesperados cuando una relación se acaba.

Cuadro 10.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TPD.*

- Fatiga crónica.
- Problemas psicosomáticos al reprimir emociones que puedan molestar a los otros.

En el cuadro 10.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad dependiente puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado no tan frecuentemente.

El cuadro 10.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TPD.

Cuadro 10.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Problemas laborales si tienen que ocupar puestos de responsabilidad.
- Suelen tener trabajos en los que realizan tareas para otras personas.
- Sus relaciones sociales se suelen limitar a las personas de las que dependen.
- Pueden sufrir abusos físicos o psicológicos de las personas de las que dependen.

Cuadro 10.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TPD.*

Visión de uno mismo
- Débil, necesitado.
- Indefenso, incompetente.

Visión de los demás
- Personas que cuidan, que apoyan, que protegen.
- Competentes.

Estrategia principal
- Cultiva las relaciones de dependencia.
- Se preocupa por los demás, atentos a sus necesidades y deseos.

10.6. Epidemiología y curso

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TPD es uno de los trastornos de personalidad que se encuentra más frecuentemente en las clínicas de salud mental, aunque no ofrece porcentajes concretos. Otros autores han encontrado una prevalencia del 5 al 30% (Widiger y Sanderson, 1997), un 2% (Dahl, 1986) y hasta un 48% (Widiger *et al.,* 1987), con una media del 19% en poblaciones clínicas. Algunas investigaciones han hallado una prevalencia del 47% en pacientes ambulatorios (Alnaes y Torgersen, 1988). Bornstein (1993), al revisar varios estudios, encontró una prevalencia del 21% entre sujetos con problemas psiquiátricos internados en clínicas, del 4% en sujetos con tratamiento ambulatorio y del 9% en muestras de sujetos sin problemas psiquiátricos. La gran diferencia de porcentaje encontrada en los estudios con población clínica parece deberse al empleo de distintas entrevistas diagnósticas, al punto de corte para incluirlo en una categoría determinada y a diferentes poblaciones utilizadas (p. ej., pacientes internos o pacientes externos). Con respecto a la población general, se han informado de porcentajes que van del 1,6 al 6,4% (Weissman, 1993), del 2 al 4% (Widiger y Sanderson, 1997) o el 1,6% (Maier *et al.,* 1992).

Es probable que en determinadas culturas o subgrupos el TPD tenga una prevalencia mucho mayor. Por ejemplo, es posible que los ejércitos favorezcan conductas de dependencia (hacia los superiores) en sus soldados y que, por lo tanto, los criterios del TPD pueden satisfacerse con una elevada frecuencia en este grupo social. Igualmente, algunas determinadas culturas pueden favorecer el desarrollo de los criterios que definen al TPD en un determinado género, habitualmente en las mujeres (p. ej., la cultura musulmana o la hindú). El DSM-IV-TR aconseja tomar en cuenta la edad y los factores culturales del sujeto a la hora de diagnosticar un TPD y señala que "es característico de algunas sociedades el énfasis sobre la pasividad, la cortesía y el trato respetuoso, algo que puede ser malinterpretado como rasgos del TPD. De igual manera, algunas sociedades pueden promover o desalentar la conducta dependiente de modo diferente en hombres y mujeres" (APA, 2000, p. 723). Esta conducta debe considerarse característica del trastorno sólo cuando sea claramente excesiva para las normas culturales del individuo o refleje preocupaciones poco realistas. Además, hay que tener cuidado al hacer este diagnóstico, si es que se utiliza, en niños y adolescentes, ya que la conducta dependiente puede ser apropiada en el proceso de desarrollo.

Los datos sobre la diferente prevalencia del trastorno en hombres y mujeres no están claros. Mientras que algunas fuentes señalan una distribución por igual entre hombres y mujeres (p. ej., Hirschfeld, Shea y Weise, 1991), otros autores indican una mayor prevalencia del trastorno en mujeres que en hombres (Maier *et al.,* 1992), yendo desde el 3 a 1% indicado por Perry y Vaillant (1989) hasta el 1,4 a 1% informado por Bornstein (1993) al revisar 8 estudios (entre 1983 y 1991) que incluían al TPD como entidad independiente. El DSM-IV-TR (APA, 2000) no presenta datos a este respecto, indicando que en muestras clínicas el trastorno ha sido diagnosticado mas frecuentemente en mujeres.

Se conoce muy poco sobre el curso y el pronostico del trastorno. Suele haber un deterioro en el funcionamiento laboral, ya que los pacientes son incapaces de actuar de forma independiente y sin supervisión. Las relaciones sociales pueden limitarse a aquellas

personas de las que depende el sujeto y pueden abusar de él/ella física o mentalmente debido a que no son capaces de comportarse de forma asertiva (Kaplan, Saddock y Grebb, 1994). Existe un cierto riesgo a sufrir un trastorno depresivo mayor (Kaplan *et al.,* 1994; Perry y Vaillant, 1989).

10.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Las características de dependencia se encuentran en muchos trastornos psiquiátricos, por lo que a veces puede ser difícil el diagnóstico diferencial. La dependencia es un factor importante en pacientes con un trastorno límite o con un trastorno histriónico de la personalidad.

El TPD se ha solapado principalmente con tres trastornos de la personalidad: límite (TLP), histriónico (THP) y por evitación (TPE). Tanto el TPD como el TLP se caracterizan por el temor al abandono, pero la reacción ante éste es diferente: los sujetos con un TLP tienen sentimientos de vacío emocional y rabia, mientras que en aquellos con un TPD se produce un aumento de la sumisión y buscan urgentemente una relación de reemplazo que proporcione cuidados y apoyo (APA, 2000). Los pacientes con un TPD o con un THP pueden aparecer como infantiles y apegados, pero los primeros son menos llamativos, egocéntricos y superficiales que los pacientes con un THP. El individuo con un TPD tiende a ser pasivo, sumiso, dócil e intenta pasar desapercibido; esto contrasta con las conductas activamente manipuladoras, gregarias y seductoras del individuo con un THP. La persona con un TPE tiene también una gran necesidad de afecto por parte de los demás, pero duda y teme no lograr ese afecto; por el contrario, el individuo con un TPD tiende a confiar en los demás, anticipando que sus esfuerzos se verán recompensados por el afecto y el cuidado (Beck y Freeman, 1990).

En muestras clínicas, se ha encontrado una comorbilidad del TPD (según los criterios del DSM-III-R) con el TLP del 50%, con el THP del 30%, con el TPE del 50% y con el trastorno esquizotípico de la personalidad del 12%-30% (Morey, 1988b).

Se ha encontrado también que el TPD es un trastorno de la personalidad frecuente entre los pacientes que satisfacen los criterios del Eje I. Por ejemplo, Thompson, Gallagher y Czirr (1988) encontraron que el TPD (17%) y el TPE (21%) eran los trastornos de personalidad más frecuentes en una muestra de 120 pacientes mayores que tenían trastornos depresivos. Greenberg y Bornstein (1988b) alegan que los pacientes con TPD corren riesgo de depresión, abuso del alcohol y dependencia de la nicotina. Reich y Troughton (1988) observaron que el 19% de una muestra de pacientes con trastorno de pánico satisfacían los criterios del DSM-III para el TPD. Mavissakalian y Hamann (1986) encontraron que la evaluación de los trastornos por dependencia (40%) y por evitación (46%) era alta en una muestra de pacientes que satisfacían los criterios del DSM-III para la agorafobia con pánico. En su estudio de seguimiento, los porcentajes de trastornos por evitación (21%) y dependiente (19%) seguían siendo relativamente elevados.

Otros problemas que ocurren frecuentemente en individuos con un TPD son las quejas somáticas, que van desde los síntomas de conversión hasta la hipocondría y el trastorno por somatización. Greenberg y Bornstein (1988a) concluyeron que un individuo con un TPD está predispuesto ante una serie de trastornos físicos, más que estar predispuesto a un tipo particular de síntomas.

Finalmente, Millon y Everly (1994) indican que las fobias sociales son bastante frecuentes entre las personalidades dependientes. Cuando estos individuos se enfrentan a situaciones nuevas o socialmente competitivas, pueden surgir intensos sentimientos de ansiedad. Los antecedentes de aprendizaje social de estos individuos les han dejado poco preparados para afrontar los retos de muchas situaciones sociales. Así, como carecen habitualmente de habilidades sociales, su capacidad para comportarse adecuadamente en situaciones sociales es mínima; de ahí su aversión a muchas situaciones sociales. Es probable que las reacciones fóbicas obtengan la atención y el apoyo de los demás. De este modo, esas reacciones pueden serles útiles para asegurar sus necesidades de dependencia.

10.8. Etiología

Debido a que, como en la mayoría de trastornos de la personalidad, las influencias biológicas en su etiología y desarrollo no están claras, haremos más énfasis en los factores ambientales que parece se relacionan con este trastorno. Millon y Everly (1994) proponen que posiblemente las siguientes influencias ambientales puedan desempeñar un papel importante en la aparición del TPD.

A) Sobreprotección parental

Cuando los padres se exceden en la protección que proporcionan a sus hijos durante la infancia dificultan la adquisición de habilidades de los niños para comportarse de manera autónoma y fomentan en ellos sentimientos de dependencia tanto física como psicológica.

B) Deficiencia en competir

Éste es un factor importante de naturaleza no parental en el desarrollo del TPD, sobre todo durante la adolescencia. El hecho de que el niño evite la confrontación de los problemas y presente una falta de motivación hacia la competición puede tener efectos negativos sobre el sujeto, ya que puede provocar en él sentimientos de humillación y duda que, de forma mantenida, hacen que la persona aprenda que es mejor ser sumiso que luchador.

C) Seguimiento de roles sociales

El hecho de que haya más mujeres con TPD que hombres es una consecuencia del patrón cultural que se fomenta en la mayoría de las sociedades. Entre las mujeres se refuerzan comportamientos de tipo pasivo-dependiente, mientras que las expectativas que se tienen de la conducta de un hombre están ligadas a la autonomía y la dominancia.

10.9. Evaluación

Se pueden utilizar entrevistas y cuestionarios de autoinforme que evalúan los trastornos de la personalidad en general para evaluar al TPD. Con respecto a la entrevista, Othmer y Othmer (1996) y Sperry (1995) señalan algunos aspectos de interés a tener en cuenta con estos sujetos. En la entrevista inicial, los individuos con un TPD normalmente esperarán a que el clínico inicie la conversación. Una vez comenzada la entrevista, estos pacientes pueden presentar una descripción adecuada de su situación en la actualidad, aunque luego volverán a callarse. La entrevista con estos individuos puede ser agradable, siendo muy fácil que se establezca el vínculo terapéutico con ellos. Después de una cierta ansiedad inicial empezarán a confiar en el clínico. Mientras el terapeuta le proporcione apoyo y muestre empatia por sus fracasos y conductas vacilantes, la entrevista se desarrollará con fluidez. Sin embargo, cuando el clínico intente explorar los problemas de su conducta sumisa el paciente se sentirá incomodo y tratará de persuadirle de que no sea tan severo con él. Si la dependencia no se aborda desde una posición empática es probable que cambie de terapeuta. Si se desarrolla de una forma agradable la interacción, el paciente cooperará y se satisfarán las expectativas del clínico, contestando a las preguntas y aclarando los puntos dudosos. En cambio estos pacientes no son capaces de tolerar el enfrentamiento a su dependencia. Robinson (1999) añade además que estos pacientes están muy atentos a los gestos y expresiones de los demás, por lo que resultan bastante maleables durante la entrevista. Pueden percibir la impaciencia del terapeuta cuando sus respuestas no satisfacen las preguntas de éste. No es difícil suponer que este tipo de pacientes acaben "enganchados" fácilmente a sus terapeutas, a los que intentarán agradar como hacen con el resto de personas que consideran importantes para ellos. El terapeuta deberá tener en cuenta que llegará un momento en que el paciente deberá conseguir solucionar los problemas por sí solo, sin la ayuda de éste, con lo que deberá programar el "desenganche" paulatino del paciente.

10.10. Tratamiento

El principal objetivo de la terapia para sujetos con un TPD es ayudarles a que aprendan a ser gradualmente más independientes de las personas de su entorno (incluyendo al terapeuta), aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia (Freeman *et al.,* 1990). Esos pacientes necesitan algunas directrices activas y sugerencias prácticas por

parte del terapeuta con el fin de que se impliquen en la terapia. Sin embargo, cuando el paciente le pregunta al terapeuta lo que debe hacer, es mejor que este utilice el descubrimiento dirigido, con el fin de ayudar al paciente a que encuentre sus propias soluciones. Si es preciso, se le enseña el proceso de solución de problemas. Además, se puede construir una jerarquía con actuaciones que impliquen una mayor independencia cada vez. Una enumeración de algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TPD puede verse en el cuadro 10.9.

Cuadro 10.9. *Aspectos emocionales característicos del TPD.*

- Aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de autoeficacia.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapia de valoración cognitiva de Wessler.
- Tratamiento cognitivo-conductual de Overholser y Fine:
  - Dirección activa.
  - Aumento de la autoestima.
  - Fomento de la autonomía.
  - Prevención de las recaídas.

Cuando los sujetos tienen problemas de habilidades sociales, algo relativamente frecuente en ellos, el entrenamiento de las mismas parece un objetivo claro de la terapia. Los patrones desadaptativos en las relaciones sociales constituyen una parte importante del problema para los individuos con un TPD, por lo que gran parte de la terapia se pasará tratando con las relaciones interpersonales y los pensamientos automáticos que subyacen a ellas (la relación con el terapeuta podría ser la situación inicial para la identificación de esos pensamientos).

Wessler (2004) propone en el capítulo 17 la aplicación de la terapia de valoración cognitiva a varios trastornos de la personalidad incluyendo el TPD.

Por su parte, Overholser y Fine (1994) presentan un modelo de tratamiento cognitivo-conductual, para este trastorno, dividido en cuatro etapas:

1. *Dirección activa.* Durante esta etapa inicial, se hace que los pacientes con una dependencia elevada se impliquen en el proceso terapéutico, se les enseña habilidades conductuales para ayudarles a realizar cambios pequeños, pero inmediatos, y se les anima a que se comprometan a hacer modificaciones a largo plazo de su comportamiento. Esta primera fase incluye técnicas como el entrenamiento asertivo, las tareas conductuales para casa y el control del estímulo.
2. *Aumento de la autoestima.* Los sujetos con un TPD a menudo manifiestan déficit en autoestima y una confianza en sí mismos inadecuada. La fase 2 del tratamiento se centra en el empleo de métodos cognitivos para mejorar la autoestima. Estos procedimientos cognitivos se refieren principalmente a la exploración psicosocial, la reestructuración cognitiva y las autoverbalizaciones de afrontamiento.

3. *Fomento de la autonomía.* La fase 3 representa un cambio en el estilo terapéutico y en los objetivos clínicos deseados. En esta fase, el terapeuta se vuelve menos directivo y fomenta la autonomía del paciente. Para lograrlo, se utilizan técnicas como el entrenamiento en solución de problemas, el método socrático y estrategias de autocontrol.
4. *Prevención de las recaídas.* Dado que los problemas de dependencia han estado presentes durante mucho tiempo en el paciente, es probable que vuelvan. La prevención de recaídas es, por lo tanto, esencial para una intervención con éxito en los trastornos de personalidad. Los procedimientos que se utilizan en esta cuarta fase incluyen la identificación de situaciones de alto riesgo, la práctica de respuestas de afrontamiento variadas y la exposición a estímulos que puedan provocar la conducta problema.

Overholser (2004) presenta un programa de tratamiento modificado para el TPD en el capítulo 23 de este mismo manual.

10.11. Conclusiones y tendencias futuras

El estilo de conducta dependiente se ha asociado habitualmente con un patrón de conducta femenino. Aunque pudiera haber aspectos temperamentales que facilitarían este tipo de comportamiento, parece que las pautas de crianza de los padres (muchas veces reflejo de normas y costumbres sociales) tienen un importante papel en el desarrollo de dicho comportamiento. La sobreprotección que suelen sufrir las niñas (a diferencia de los niños) y el modelo con rasgos dependientes que frecuentemente ofrece la madre, pueden ayudar a establecer un estilo dependiente, desde muy temprano, en el sexo femenino. No obstante, con la incorporación de la mujer al mundo laboral y el cambio de mentalidad en cuanto a los roles sexuales que hombres y mujeres han de desempeñar en función de las expectativas sociales, las características comportamentales relacionadas con un papel de dependencia que tradicionalmente se han asociado a mujeres están equilibrándose en cuanto a sexos. El reflejo de este cambio de actitudes se podrá ver (tal vez) cuando las hoy niñas sean mujeres el día de mañana. Otro aspecto interesante es el hecho de que en algunas culturas, como la oriental, se valoren comportamientos de cortesía que podríamos calificar, con las normas de nuestra sociedad occidental, como pasivos y sumisos. En esos casos deberíamos tener cuidado a la hora de evaluar y diagnosticar un tipo de conducta como un TPD.

Una forma de reducir la probabilidad de que las personas adquieran este tipo de personalidad dependiente e incluso puedan llegar a desarrollar un TPD sería haciendo que los padres aplicasen pautas de crianza a sus hijos donde se enseñaran habilidades para desenvolverse de forma autónoma y se fomentase en mayor medida su independencia. Claro, esto también tendría su contrapartida negativa y es formar sujetos demasiado desapegados de la familia, que dejaran a un lado su grupo de apoyo principal y, por lo tanto, su salud mental se pudiera resentir en la adolescencia y la edad adulta. Esto se ha de-

mostrado en numerosos estudios que han comparado las culturas anglosajonas (más desapegadas) con las culturas latinas (que ofrecen un mayor apoyo social).

Finalmente, señalar que el tratamiento de los sujetos con un TPD parece tener un buen pronóstico, aunque existen pocos estudios sobre la intervención con este trastorno de personalidad como problema único. Generalmente se encuentra asociado a otros síndrome clínicos (Eje I) y su modificación (generalmente síntomas y no tanto el patrón completo) se ha realizado conjuntamente con el trastorno del Eje I. Se necesita mucha más investigación para conocer más sobre la epidemiología, distribución por sexos, etiología, evaluación y tratamiento de este trastorno de la personalidad tan frecuente (aparentemente) en muestras clínicas.

11

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

11.1. Introducción

Actualmente en nuestra sociedad se valoran *y* refuerzan estilos de comportamiento que favorecen la dedicación al trabajo *y* los resultados altamente productivos. Cualidades como el ser perfeccionista, minucioso, organizado *y* competente son altamente valoradas en el entorno laboral y ayudan a los individuos a progresar rápidamente en su trabajo. Los individuos con un estilo obsesivo-compulsivo tienen estas características. Derrochan capacidad de trabajo, les gusta hacer las cosas bien y no sólo bien, sino lo mejor posible. Son poco amigos del ocio, que significa pérdida de tiempo productivo, tiempo de realizaciones, de progresos. Este estilo de personalidad suele ser altamente valorado en sus lugares de trabajo y pueden ascender rápidamente. Tener la seguridad de que la persona va a realizar la tarea lo mejor que pueda, puliendo los detalles y trabajando hasta que quede perfectamente terminada, produce una gran tranquilidad en aquellos que tienen la responsabilidad última (jefes, supervisores, etc.). El obsesivo-compulsivo tiene fuertes valores que dirigen muchas de sus acciones y frecuentemente creen hacer lo correcto. Defienden principios morales, éticos, comunitarios. Puede ser el ecologista anticontaminación, el vecino antirruido, el conductor que respeta y hace respetar las normas de tráfico. Es probable que muchas de las quejas que reciban los organismos al servicio del consumidor se deban a este estilo de comportamiento. No suelen cometer excesos de ningún tipo y suelen aventurarse y arriesgarse relativamente poco. Planifican, ordenan, clasifican y colocan lo que está a su alcance. Y guardan una gran cantidad de objetos que, aunque muchas veces inútiles, quién sabe si un día los pueden necesitar. Tal vez dediquen bastante menos tiempo a las relaciones familiares, interpersonales o sociales en general, pero suelen cuidar de que sus seres queridos tengan las necesidades básicas cubiertas y que no se tengan que preocupar por esto. Quizá estas personas importantes del entorno del obsesivo-compulsivo echen de menos un mayor acercamiento emocional de esta persona, una mayor intimidad o una mayor dedicación de este estilo de personalidad a sus relaciones interpersonales. Pero quizá esto sea una batalla perdida. No obstante, cuando las características del estilo obsesivo-compulsivo se

llevan al extremo, van a desembocar en conductas desadaptativas que hacen que muchos de sus comportamientos se vuelvan ineficaces e ineficientes y perturben de forma importante el funcionamiento del propio individuo en su vida cotidiana. En este último caso estaríamos hablando ya de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP).

11.2. Revisión histórica

Según Carr (1974) (citado en Beck y Freeman, 1990), la primera persona en escribir sobre el TOCP fue Esquirol en la primera parte del siglo **XIX.** Desde entonces, el TOCP ha sido un área de interés en el campo de la salud mental durante el siglo **XX.** En un artículo de 1894, Freud señaló que los mecanismos de defensa del aislamiento y del desplazamiento subyacen a las obsesiones. En 1908, Freud escribió que el erotismo anal desempeñaba un papel en la formación de la personalidad compulsiva. La teoría psicoanalítica hipotetizó que tanto el trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I como el TOCP del Eje II se originaban durante la fase anal (de 1 a 3 años) debido a un entrenamiento en el control de los esfínteres inapropiado. El TOCP, o carácter anal según el psicoanálisis, se caracterizaba por los rasgos de personalidad de la obstinación, el orden y la parsimonia, o una combinación de obsesiones o compulsiones.

Freud y otros psicoanalistas como Abraham y Jones fueron los primeros en desarrollar una teoría explícita y una forma de tratamiento para los individuos con un TOCP. Fenichel, Reich y Sullivan también abordaron el TOCP. Reich consideraba que el trastorno se originaba debido a que los padres del sujeto con el TOCP habían sido demasiado rígidos y punitivos en el entrenamiento en el control de esfínteres durante la fase anal de desarrollo. A causa de esto, el niño desarrolla un superyó, o conciencia, muy estricto que conduce más tarde a un control excesivo y tiene conflictos con la expresión de impulsos, deseos o emociones.

En círculos psiquiátricos europeos, se ha utilizado el término "personalidad anancástica" desde que Schneider, en 1959, lo consideró como sinónimo de personalidad compulsiva. De hecho, en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992), el TOCP aparece con el nombre de "trastorno anancástico de la personalidad".

En el DSM-I y el DSM-III, el TOCP se denominó "personalidad compulsiva" y "trastorno compulsivo de la personalidad", respectivamente, mientras que en el DSM-II se empleó el término "personalidad obsesivo-compulsiva" y en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR aparece como "trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad".

11.3. Estilo obsesivo-compulsivo de personalidad: El tipo perfeccionista

La diferencia entre el estilo de personalidad perfeccionista y el TOCP estriba en la gravedad de los síntomas que los caracterizan. Las personas con un TOCP son tan meticulosas que llegan a resultar ineficaces en el plano laboral y personal. Es decir, cuando este

perfeccionismo interfiere con la vida diaria del sujeto podemos hablar de TOCP, mientras que un estilo de personalidad perfeccionista es incluso valorado por las sociedades occidentales donde se concede prioridad a valores como la individualidad, la competencia y la promoción laboral. Entre las características más llamativas de este tipo de personalidad encontramos los siguientes (Millón y Davies, 2000; Oldham y Morris, 1995):

- Son comedidos y cautos en todos los aspectos de su vida, evitando los excesos y las imprudencias.
- Gran parte de su tiempo lo dedican a actividades laborales, cuidando cada detalle de sus tareas y evitando concienzudamente la comisión de errores, con el objetivo de hacer una tarea perfecta.
- Están tan dedicados a la productividad que raramente encuentran tiempo para sí mismos o para sus familias.
- Esperan de los demás, especialmente de sus subordinados, lo mismo que esperan de sí mismos.
- Suelen ser respetuosos con la figuras de autoridad hasta incluso "hacerles la pelota".
- Tiene preferencia por la limpieza, el orden y la rutina así como cualidades para la organización (elaboración de listas, planificación de actividades, etc.).
- Suelen almacenar objetos que hayan tenido, tengan o puedan tener uso en el futuro.

El estilo de personalidad obsesivo-compulsivo parece ser más frecuente en sociedades desarrolladas como la nuestra, caracterizadas por una vida organizada y disciplinada y donde aquellas personas que intentan ocupar un lugar importante en la sociedad se verán favorecidos por características tales como la eficiencia, la puntualidad, la perseverancia, el trabajo duro y la meticulosidad. El pasar muchas horas en la oficina para acabar un trabajo o esforzarse para eliminar el más mínimo error en una tarea, se ven recompensados en el ámbito laboral. Muchas de las personas con estas características se pueden convertir en altos ejecutivos, aunque el grado en que poseen algunos otros comportamientos típicos del estilo obsesivo-compulsivo puede determinar el lugar de mando al que lleguen. Así, Oldham y Morris (1995) señalan que la frecuente falta en estos sujetos de la capacidad para tomar decisiones rápidas, para establecer prioridades y para delegar responsabilidades puede detenerles en su camino hacia la cima laboral. Para llevar a cabo una eficaz labor de mando se precisa una elevada flexibilidad con las normas, una capacidad para establecer prioridades y un respeto por los estilos distintos de trabajo que tengan otras personas.

El estilo obsesivo-compulsivo de la personalidad tiene una gran autodisciplina (un potente "superyó"), sé rige por el intelecto y no por las emociones y suele ser reservado y poco efusivo afectivamente. Es propenso al estrés cuando su comportamiento se acerca al patrón de conducta Tipo A, siendo difícil para ellos relajarse y disfrutar del placer. Según Oldham y Morris (1995) tener tiempo libre sin actividades planificadas puede ponerlos más nerviosos que una carpeta llena de trabajo. Con respecto a

la vida de pareja, los autores anteriores señalan que estos individuos suelen ser buenos/as compañeros/as, siendo fieles, responsables y cuidando bien a sus cónyuges, aunque lo hacen de manera poco romántica y manifiestan poco sus emociones. Debido a esta reserva en el plano emocional, hacen buena pareja con personas de tipo histriónico, el más efusivo de los estilos de personalidad. Paris (1998) señala que el miembro histriónico tiende hacia elevados niveles de interacción, mientras que el obsesivo-compulsivo presiona para mantener los niveles más bajos. A los obsesivo-compulsivos les atrae los histrónicos como pareja, porque les hacen sentirse más activos y vivos. Al mismo tiempo, el histriónico puede sentirse atraído por el obsesivo-compulsivo porque le proporciona la estabilidad necesaria. El obsesivo-compulsivo también se suele llevar bien con los estilos antisocial, evitador, dependiente y autodestructivo. Por el contrario, no parece tener buenas relaciones con los sujetos que tienen su mismo estilo de personalidad, ni con aquellos individuos de estilos narcisista, paranoide o sadico.

• *Cómo relacionarse con un tipo obsesivo-compulsivo*

A la hora de interactuar con sujetos obsesivo-compulsivos, Oldham y Morris (1995) sugieren algunos comportamientos para que la relación con estas personas sea mas fluida. Así, recomiendan afrontar la relación con buen humor y tolerancia, permitiendo que el obsesivo-compulsivo continúe con sus hábitos. Ser flexible permitiéndole que haga las cosas a su manera sin que ello interfiera en la vida de la otra persona. No hay que esperar que el obsesivo-compulsivo cambie y ante su reticencia a la novedad, deberá ser la otra persona quien proponga los cambios. Las pocas muestras de afecto que exteriorizan estos sujetos pueden provocar el desánimo en otras personas, las cuales han de tener en cuenta que es sólo una cuestión de falta de manifestación no de baja intensidad de sentimientos. Las luchas de poder no son eficaces con los obsesivo-compulsivos, puesto que son muy hábiles para argumentar sus razones, por lo que se recomienda escucharlos e intentar comprenderlos. Por su parte, el obsesivo-compulsivo se encargará de los detalles de la vida en común y de la estabilidad de la relación, siendo conveniente recordarle a menudo que son personas muy importantes para los que le rodean.

11.4. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: diagnóstico

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (o trastorno anancástico de la personalidad, según la CIE-10) son bastante similares, definiendo ambos sistemas nosológicos un síndrome caracterizado por síntomas tales como el perfeccionismo excesivo, la obstinación, la rigidez y la falta de decisión. En el cuadro 11.1 podemos ver esos criterios diagnósticos.

Cuadro 11.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.*

DSM-IV-TR	CIE-10 (trastorno anancástico de la personalidad)
Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e Interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se presenta en una serie de contextos, tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas:	*A)* Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad. *B)* Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:
1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.	1. Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización u horarios.
2. Un perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tarea.	2. Perfeccionismo que interfiere con la realización de tareas.
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y de las amistades (no atribuible a una necesidad económica obvia).	3. Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con una preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
4. Es reacio a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que se sometan exactamente a su forma de hacer las cosas.	4. Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a su propia rutina dé hacer las cosas o resistencia poco razonable en dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
5. Muestra rigidez y obstinación.	5. Rigidez y obstinación.
6. Flexibilidad sobre temas de moral, ética o valores.	6. Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
7. Incapacidad para deshacerse de objetos gastados o inútiles incluso aunque no tengan un valor sentimental.	7. Excesiva pedantería y adhesión a las normas sociales, con una capacidad limitada para expresar emociones.
8. Adopción de un estilo avaro en los gastos para sí mismo y para los demás.	8. La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.
	Incluye: *Personalidad compulsiva* *Personalidad obsesiva* *Trastorno compulsivo de la personalidad* *Trastorno obsesivo de la personalidad* Excluye: *Trastorno obsesivo-compulsivo*

De los ocho criterios, cinco son compartidos por ambos sistemas de clasificación. Sobre los restantes, quizá debería haber investigaciones que dilucidasen la adecuación de dichos síntomas. Tal vez se pudieran añadir todos, aunque quizá el último criterio de ambos sistemas sea el más secundario.

II.5. Características clínicas

Se ha descrito al estilo compulsivo (Shapiro, 1965, citado en Freeman, Pretzer, Fleming *y* Simon, 1990) mediante tres características básicas. La primera es un estilo de pensamiento extremadamente *rígido,* con una atención intensa *y* centrada en un detalle específico de una situación concreta. Por consiguiente, no suelen dejar vagar su atención ni que les distraiga algún otro suceso. Suelen ser buenos en tareas técnicas, detalladas, pero más deficientes en darse cuenta de los aspectos más globales de las cosas, como la atmósfera de las interacciones sociales. Shapiro indica que los sujetos obsesivos sufren de una "activa falta de atención". Cuando información nueva o influencias externas que se encuentran fuera de su limitada esfera de atención les distraen *y* les molestan, intentan de forma activa mantener apartada esa distracción. No es que no escuchen o no vean, sino que escuchan o miran en exceso a otras cosas.

La segunda característica de que habla Shapiro es la *forma de actividad.* Las personas con un estilo compulsivo se absorben intensamente en aspectos rutinarios o en actividades técnicas. Raramente se relajan. Incluso cuando puedan estar de vacaciones, planifican un programa completo para cada día con el fin de no perder el tiempo. Si se les impide que sigan este programa, se molestan por ello *y* no por dejar de disfrutar algo agradable.

La tercera característica mencionada por Shapiro es una *pérdida de la realidad.* Las personas de las que estamos hablando parecen preocuparse a menudo por cosas que no solamente parecen improbables, sino que a menudo son absurdas, casi delirantes. La atención que prestan a los detalles a menudo les lleva a que se fijen en aspectos triviales, excluyendo otros datos mucho más importantes.

Seguidamente sistematizaremos los elementos característicos del TOCP en aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos. Los cuadros 11.2, 11.3, 11.4 y 11.5 presentan estos aspectos de una forma sucinta.

Como se puede deducir de los elementos conductuales característicos del TOCP, un comportamiento sistemático y estructurado y unas relaciones formales y distantes caracterizan al sujeto con un TOCP. Las personas que presentan un TOCP son percibidas socialmente como disciplinadas y perfeccionistas y, aunque en principio son personas eficientes en su trabajo, su preocupación por los detalles, el orden, la limpieza y su carácter meticuloso puede interferir en la finalización de las tareas al perder de vista, en muchas ocasiones, el objetivo principal de las mismas. Son personas de apariencia austera, que transmiten un aire de seriedad acorde con su vestimenta que suele encajar con las tendencias actuales, aunque limitando el color y el estilo. De discurso formal y dicción clara, son puntuales, respetuosos, educados e incluso sumisos con las autoridades así como con personas de mayor estatus, siendo muy críticos con el trabajo y las formas de sus su-

Cuadro 11.2. *Aspectos conductuales característicos del TOCP.*

- Comportamientos estructurados y estrictamente organizados.
- Meticulosidad y perfeccionismo extremos que interfieren en la realización de tareas y toma de decisiones.
- Planificación continua de actividades. Buenos organizadores.
- Dedicación excesiva al trabajo en detrimento de actividades de ocio.
- Se fija en exceso en los detalles.
- Tiende a aplazar o dejar para más tarde la realización de tareas.
- Leal con los ideales que persigue y las organizaciones a las que pertenece.
- Seguimiento inusualmente estricto de normas y cánones sociales.
- Relaciones sociales educadas, formales, correctas y distantes.
- Cuando habla de los demás lo hace de forma impersonal, sin implicarse.
- Respetuosos con la autoridad.
- Búsqueda de seguridad y aprobación de sus superiores.
- Interacciones sociales basadas en el estatus.
- Críticos con los demás, raramente dan retroalimentación positiva.
- Autodisciplinados, tercos, posesivos.
- Excesivamente puntuales.
- Limpios y ordenados.
- Lenguaje claro y gramaticalmente correcto.
- Lenguaje corporal poco expresivo.
- De apariencia seria y austera.
- Apariencia personal conservadora y cuidada.
- Visten de manera formal y adecuada a la moda actual limitando el color y estilo.
- Estilo avaro en los gastos, pudiendo atesorar dinero y bienes materiales.
- Incapacidad para deshacerse de objetos inútiles.

bordinados a los que llegan a censurar y reprender duramente cuando no siguen exhaustivamente su manera de hacer las cosas. Suelen considerar su forma de hacer las cosas como la única vía de realizar correctamente el trabajo; de ahí que sean reticentes, por lo general, a delegar en otras personas parte de las tareas. Los sujetos con TOCP llegan a ser muy predecibles de un día para otro debido a la excesiva planificación de sus quehaceres diarios, lo que les otorga un carácter poco espontáneo e inflexible. De dedicación excesiva a cuestiones laborales, suelen dejar de lado otras actividades de carácter lúdico y de entretenimiento. Mantienen una conducta correcta mediante el seguimiento estricto de las normas y cánones sociales, siendo intolerantes con aquellos que las transgreden. No consiguen deshacerse de objetos personales viejos o inservibles por miedo a necesitarlos en un futuro. Resultan muy comedidos en los gastos, tanto para ellos como para los demás, sin que exista una necesidad económica real, sino por su carácter previsor ante posibles catástrofes futuras.

Los aspectos cognitivos del TOCP reflejan también esa rigidez y sistematización características del comportamiento manifiesto. El estilo de pensamiento de los sujetos con TOCP se caracteriza por ser limitado y carente de imaginación, llegándose a bloquear incluso ante situaciones que supongan un cambio o novedad, debido a su mentalidad rí-

Cuadro 11.3. *Aspectos cognitivos característicos del TOCP.*

- Rigidez y terquedad.
- Pensamiento limitado y dogmático.
- Temor a ser considerados irresponsables por parte de los demás.
- Sensibles a las críticas.
- Dudan entre comportarse de forma asertiva o sumisa.
- Reacios a delegar tareas en otras personas.
- Ambivalencia y dificultad en la toma de decisiones.
- Incomodidad con la incertidumbre o la ambigüedad.
- Vulnerables a los cambios inesperados.
- Resistentes a cualquier idea nueva o forma distinta de hacer las cosas.
- Dificultades para establecer prioridades y perspectivas.
- Se centran demasiado en los detalles, que les pueden dificultar la visión global de la tarea ("los árboles le impiden ver el bosque").
- Carentes de creatividad e imaginación y escasas fantasías.
- Escrupulosos en temas de moral y ética.
- Difíciles de convencer.
- Falta de empatia.
- Construcción de su mundo en función de reglas, normas y jerarquías.
- Miedo al fracaso y a cometer errores.
- Frecuentemente insatisfechos con su actuación.

gida y dogmática. Presentan dificultades a la hora de considerar de manera objetiva las tareas, interfiriendo sobre su capacidad en la toma de decisiones, ya que se evalúan con la vara de la perfección, siendo ellos mismos los que se imponen sus propias y estrictas reglas. Viven con un continuo miedo al fracaso o a ser considerados como irresponsables por parte de los demás, lo que explica sus intentos de impresionarlos con su eficiencia y actitudes correctas (Millón y Everly, 1994). Presentan pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 11.4.

En el cuadro 11.5 se muestra algunos aspectos emocionales típicos del TOCP. Estos aspectos expresan ansiedad y tensión como características desadaptativas más sobresalientes, junto con un control excesivo a la hora de la expresión de emociones y afectos. Las personas con un TOCP se caracterizan por la restricción e inhibición de las emociones, que intentan controlar, ya que consideran que su expresión es un síntoma de inmadurez e irresponsabilidad. Las situaciones nuevas les provocan ansiedad, siendo muy reacios a la incorporación de cambios en su rutina habitual. El individuo con un TOCP rechaza a la gente impulsiva o de carácter frívolo, a la que evalúa según las normas y valores que se han ido imponiendo a lo largo del tiempo en la sociedad (Millón y Everly, 1994). Intentan evaluar objetivamente cualquier situación sin dejarse llevar por sus propias emociones, por lo que son percibidos por los demás como solemnes o serios. Producto de esta represión emocional es la acumulación de una notable tensión que les hace vulnerables a sufrir síntomas psicosomáticos.

Cuadro 11.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TOCP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Debo realizar esta tarea a la perfección."	Afirmaciones de "debería"	Perfeccionismo Necesidad de control
"Si no hago esto yo mismo no quedará bien hecho."	Pensamiento dicotòmico	Perfeccionismo Necesidad de control
"O pienso un poco más sobre esto o quizá cometa un error."	Magnificación	Perfeccionismo
"¿Y si me olvido de hacer algo?"	Catastrofismo	Culpabilidad Responsabilidad
"Tendría que hacer algo útil en vez de salir con mis amigos."	Afirmaciones de "debería"	Culpabilidad
"Esa persona se comportó mal y debe ser castigada."	Condena	Culpabilidad
"Más vale que repita el trabajo para estar seguro de que está bien."	Falacia de control	Perfeccionismo
"No puedo tirar estos papeles. Quizá los necesite algún día."	Falacia de control	Necesidad de control
"Soy totalmente responsable de mí mismo y de los demás."	Falacia de control	Necesidad de control
"Tengo que controlar completamente mis emociones."	Falacia de control	Necesidad de control
"Los fallos, defectos o errores son intolerables."	Pensamiento dicotòmico	Perfeccionismo
"Mi forma de hacer las cosas es normalmente la mejor."	Comparación	Perfeccionismo
"La gente debería hacer las cosas como yo las hago."	Falacia de control	Perfeccionismo

Cuadro 11.5. *Aspectos emocionales característicos del TOCP.*

- Ansiedad ante la novedad.
- Control de las emociones, cuya expresión la consideran signo de inmadurez e irresponsabilidad.
- Problemas para expresar afecto, cariño y ternura.
- Desprecio por la gente frívola o impulsiva.
- Tensión y estrés.
- Incapacidad de relajarse.
- Emociones de más fácil expresión: ira o indignación.

Los aspectos fisiológicos del TOCP enumerados en el cuadro 11.6 se refieren a los aspectos fisiológicos y médicos que muchas veces acompañan a los sujetos con este tipo de trastornos. Este tipo de problemas suelen ser reflejo de la ansiedad y tensión que muchas veces estos sujetos padecen de forma continuada.

La preocupación por la puntualidad, la competitividad y la impaciencia (características del llamado patrón de conducta de tipo A) hacen a estos sujetos más propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares sobre todo si en la historia familiar existen casos de hipertensión (Oldham y Morris, 1995). El TOCP se traduce en una gran tensión que hace más vulnerables a los sujetos a padecer, además, otros síntomas como migrañas, úlceras y problemas neuromusculares.

En el cuadro 11.7 se incluyen algunas posibles consecuencias que la personalidad obsesivo-compulsiva puede producir habitualmente sobre su entorno, tanto el más cercano, familia, amigos, pareja, trabajo, como otros lugares en los que se encuentra implicado con menos frecuencia.

Cuadro 11.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TOCP.*

- Riesgos cardiovasculares.
- Hipertensión arterial.
- Cefaleas.
- Úlcera y gastritis.
- Problemas neuromusculares.

Cuadro 11.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Ascienden fácilmente en su trabajo por su continuo esfuerzo y dedicación.
- Funcionan bien en puestos que exigen un trabajo detallado y metódico.
- Pueden organizar campañas contra situaciones que van en contra de sus ideales éticos, como la injusticia, la corrupción, etc.
- Problemas con la pareja y los hijos por el escaso tiempo que les dedican.
- Tienen pocos amigos.

Finalmente, el cuadro 11.8 refleja sucintamente la visión que el sujeto con un TOCP tiene de sí mismo y de los demás y algunas de las estrategias que emplea habitualmente en su interacción con los otros.

Cuadro 11.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TOCP.*

Visión de uno mismo
- Responsable, fiable, perfeccionista.
- Quisquilloso, competente, trabajador.

Visión de los demás
- Irresponsables, despreocupados, vagos.
- Incompetentes, autocomplacientes.

Estrategia principal
- Trabaja, aplica reglas, establece controles, organiza.
- Evalúa, critica, castiga.

11.6. Epidemiología y curso

Maier *et al.* (1992) encontraron que el TOCP era el segundo trastorno de personalidad más frecuente (de los 11 incluidos en el DSM-III-R) en su muestra de estudio (sujetos sin trastornos psiquiátricos), ofreciendo una horquilla que iba del 1,6 al 6,4%, mientras que la encontrada por Widiger y Sanderson (1997) iba del 1 al 3%. Maier *et al.* (1992) informan de un porcentaje del 2,2%, mientras que el DSM-IV-TR (APA, 2000) indica una prevalencia del 1% en población general y del 3 al 10% de los sujetos que acuden a clínicas de salud mental, con una media del 5% según Widiger y Sanderson (1997). Los segmentos de la sociedad donde este trastorno puede darse con más frecuencia es entre los nacidos en primer lugar (primogénito) y en profesiones que requieren perseverancia y atención a los detalles (Gunderson y Phillips, 1995).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TOCP es bastante frecuente hoy día entre las personas de la cultura occidental. Para Beck y Freeman (1990) esto se debe, en parte, al alto valor que la sociedad pone en la expresión más moderada de algunas características de este estilo de personalidad, tales como la atención a los detalles, la autodisciplina, el control emocional, la perseverancia, la fiabilidad y la cortesía. Según el DSM-IV-TR, cuando se diagnostica un TOCP el clínico no debería incluir aquellas conductas que reflejen hábitos, costumbres o estilos interpersonales que sean culturalmente admitidos por el grupo de referencia del individuo. Así, señala que ciertas culturas enfatizan notablemente el trabajo y la productividad y que, por lo tanto, las conductas que se derivan de ello no tienen por qué considerarse síntomas del TOCP. Sin embargo, Beck y Freeman (1990) indican que en algunos individuos estas características se expresan de un modo tan extremo que llevan bien a un deterioro funcional significativo o bien a perturbacio-

nes subjetivas. Así, cuando existe un TOCP, el individuo obsesivo se vuelve rígido, perfeccionista, dogmático, moralista, inflexible, indeciso y bloqueado emocional y cognitivamente.

Este trastorno de personalidad parece darse más en hombres que en mujeres en una proporción de 2 a 1 según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

El curso del TOCP es relativamente estable a lo largo del tiempo, aunque es difícil de predecir. Aparece durante la adolescencia o el principio de la edad adulta, y tiende a agravarse con la edad. Es más frecuente encontrar este tipo de trastorno en sujetos con trabajos metódicos y detallados y que presentan una estricta dedicación a ellos (Robinson, 1999).

11.7. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

La comorbilidad del TOCP con otros trastornos del Eje I se ha investigado en mayor medida con respecto al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La diferencia más importante entre el TOCP y el TOC es la presencia, en este último, de verdaderas obsesiones y compulsiones que no son frecuentes en el TOCP. El único criterio diagnóstico en el que coinciden ambos trastornos es en la "incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental". Aunque algunos estudios han encontrado una cierta asociación entre estos dos tipos de trastornos (p. ej., Gruenberg, 1993; Skodol, 1993), gran parte de las investigaciones indica que la mayoría de los sujetos con un TOC no cumplirán los criterios del TOCP. Además, en pacientes con TOC que presentan un trastorno de la personalidad se han encontrado pruebas que muestran relaciones igual o más frecuentes con respecto al trastorno de personalidad por evitación o por dependencia, que con respecto al TOCP. Se ha señalado también que el TOC no constituye una diátesis para el TOCP (Black y Noyes, 1997).

Se ha hallado alguna relación entre el TOCP y algunos trastornos del ánimo y de ansiedad (APA, 2000). Algunos sujetos pueden presentar cambios de personalidad debido a una enfermedad médica, por efectos directos de cambios en el SNC, así como debido al consumo crónico de sustancias, pero se diferencian del TOCP en que los primeros surgen bruscamente debido a esas circunstancias.

La comorbilidad con otros trastornos de la personalidad ha variado notablemente dependiendo de los distintos estudios. Pfohl y Blum (1991) revisaron varios estudios e indicaron que los mayores porcentajes de comorbilidad del TOCP se daban con los trastornos de la personalidad por evitación, límite, narcisista, paranoide e histriónico. El TOCP se distingue del trastorno narcisista en que este último, a pesar de ser también perfeccionista, carece de la capacidad autocrítica presente en los sujetos con un TOCP. Ni el TOCP ni los antisociales y los narcisistas son generosos con los demás, pero estos dos últimos sí lo son con ellos mismos, mientras que el TOCP ni siquiera consigo mismo se permite esa generosidad. Tanto el trastorno esquizoide como el TOCP se caracterizan por una aparente formalidad y por el desapego social, pero en el TOCP esto se debe a la incomodidad con las emociones y a la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide existe una incapacidad para la intimidad (APA, 2000).

Muchos de los rasgos del TOCP se solapan con las características de la personalidad de tipo A como preocupación por el trabajo, competitividad y urgencia del tiempo (APA, **2000**).

11.8. Etiología

Hay pocas pruebas que avalen la influencia de los factores biológicos en el inicio y desarrollo del TOCP. Los factores ambientales desempeñan un papel principal en la etiología de este trastorno. Se pueden destacar los siguientes (Millón y Everly, 1994):

A) Sobrecontrol parental

El sobrecontrol es una actitud parental de firmeza y represión donde el tutor, a pesar de ser un buen cuidador, resulta demasiado punitivo e inflexible con el niño. Es similar a lo que se denomina hostilidad parental y se diferencia de otros estilos parentales como la sobreprotección en que mediante esta última sólo se castiga al niño cuando éste presenta comportamientos indeseados, mientras que el padre sobrecontrolador adopta esta actitud ante cualquier comportamiento del niño. El sobrecontrol se utiliza para marcar límites en el comportamiento de la persona.

B) Comportamiento compulsivo aprendido

La adquisición de estos patrones de conducta presentes en el TOCP se aprenden directa o indirectamente. El niño, por miedo a las represalias del padre, se comporta según las exigencias del adulto evitando así el castigo, por lo que aprende a ser más obediente por medio del refuerzo negativo.

Otra forma de adquisición es el aprendizaje vicario, donde el niño observa las conductas perfeccionistas, meticulosas, ordenadas, detallistas, etc. de los padres, terminando por incluirlas también en su repertorio conductual.

Además, por medio de la combinación de estos dos factores anteriores, el niño termina por no presentar un comportamiento autónomo ni desarrollar una autoimagen independiente. El miedo a la desaprobación y la preocupación por evitar el castigo hacen que el niño termine adhiriéndose rígidamente a los modelos que se le han proporcionado.

C) Aprendizaje de responsabilidades

A estos niños se les transmiten ideas tales como que deben cumplir estrictamente sus obligaciones, que deben comportarse de manera constructiva, que deben ser ordenados y educados, que es irresponsable participar en juegos frívolos y actuar por impulsos, que

deben ser organizados, puntuales y meticulosos. Están expuestos continuamente a situaciones donde deben demostrar su sentido de la responsabilidad y terminan actuando de esta forma para evitar sentirse culpables.

11.9. Evaluación

El empleo de diferentes fuentes de información puede ser de utilidad a la hora del diagnóstico y el tratamiento del TOCP. La observación, la información colateral y las pruebas psicológicas constituyen ayudas importantes a la hora de la entrevista del paciente en la entrevista clínica. Perry (1995) señala que el perfeccionismo y la ambivalencia hacen que la entrevista con estos individuos sea difícil. Su preocupación por los detalles y el control lleva a una continua pelea sobre palabras, contenidos y responsabilidades, siendo difícil que se desarrolle una atmósfera de comprensión y cooperación. Othmer y Othmer (1996) indican que hay que tener cuidado al mostrar empatia hacia estos sujetos, ya que se sienten orgullosos de ser objetivos y no mostrar sentimientos. Suelen padecer una ira subyacente y crónica que se puede poner de manifiesto por medio de preguntas que irriten al paciente, como preguntas que no tienen respuesta. El terapeuta puede canalizar la entrevista con los sujetos con un TOCP si tiene en cuenta que estos individuos quieren ser considerados lógicos, que no abandonan nada sin motivo, así que mientras obtengan algún beneficio de la entrevista continuarán en ella.

Aunque no hay instrumentos específicos para la evaluación del TOCP, podemos utilizar formatos de entrevista para la evaluación de los trastornos de personalidad en general, como la SCID-II o la IPDE (véase el capítulo sobre evaluación en este mismo volumen). Los instrumentos de autoinforme que se pueden aplicar para evaluar este trastorno son también instrumentos que evalúan los trastornos de personalidad en general, como el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-III) (Millón *et al.,* 1994) o el CEPER (Caballo, 1997b; Caballo y Valenzuela, 2001), para la evaluación del estilo obsesivo-compulsivo.

Sin embargo, debido a la similitud entre las características del TOCP y el patrón de conducta de Tipo A (PCTA), se puede realizar una evaluación complementaria con algunos de los instrumentos que se utilizan en la evaluación del PCTA, como la *Entrevista Estructurada,* de Friedman y Rosenman (1974) o autoinformes, como el "Inventario de Actividad de Jenkins" *(Jenkins Activity Survey for Health Prediction)* (Jenkins *et al.,* 1979) o la Escala Tipo A de Framingham *(The Framingham Type A Scale)* (Haynes *et al.,* 1978) (véase Del Pino, en prensa).

11.10. Tratamiento

Beck y Freeman (1990) y Freeman *et al.* (1990) proponen que es importante comenzar por las áreas deficitarias y comportamientos desadaptativos, como la falta de habilidades para dar prioridades, para manejar el tiempo, para solucionar problemas y el temor a co-

meter errores. Estos autores además realizan la siguiente propuesta cognitivo-conductual a la hora de tratar a una persona con un TOCP:

1. Establecimiento de un programa de trabajo, dando prioridad a algunos problemas y concentrándose en un tema cada vez.
2. Entrenamiento en relajación, para reducir la tensión y la ansiedad de forma adaptativa.
3. Entrenamiento en solución de problemas, para establecer prioridades y escoger soluciones.
4. Controlar los pensamientos obsesivos. Esto se puede hacer por medio de la detención del pensamiento o imaginando cosas agradables o neutrales. A veces puede ser útil establecer un momento específico y limitado del día en el que el paciente pueda darle vueltas y vueltas a sus pensamientos.
5. Programación de actividades. Este procedimiento puede ser útil cuando la ineficacia y la demora en hacer el trabajo están causados porque el paciente se siente abrumado debido a que no aborda las tareas de forma sistemática.
6. Utilización de la Hoja de Registro de Pensamientos Disfuncionales, prestando atención especialmente a la columna donde se recogen las emociones.
7. Entrenamiento en autoinstrucciones, desarrollando un conjunto de verbalizaciones de afrontamiento como respuesta a los pensamientos automáticos.
8. Identificación de las suposiciones subyacentes al TOCP y su sustitución por ideas más racionales y adaptativas.
9. Procedimientos para aumentar la empatia del paciente, dada la tendencia de éste a prestar poca atención a sus emociones y a las emociones de los demás. Ese aumento de empatia le ayudará a resolver aspectos problemáticos de sus relaciones interpersonales.

Una enumeración de algunas de las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento del TOCP puede verse en el cuadro 11.9.

Cuadro 11.9. *Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del TOCP (Caballo, 2001c).*

- Aumento de la eficacia.
- Manejo del tiempo y solución de problemas.
- Modificación del pensamiento dicotòmico.
- Entrenamiento en relajación.
- Detención del pensamiento para el control de los pensamientos obsesivos.
- Programación de actividades.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Modificación de las suposiciones subyacentes.
- Aumento de la empatía.

Uno de los límites que más frecuentemente presentan los sujetos con TOCP *y* que les hace más ineficaces es su incapacidad para dar prioridad a tareas importantes en detrimento de otras menos importantes o triviales, así como su mala distribución del tiempo. Una de las estrategias de afrontamiento sería el dominio por parte de estos sujetos de las técnicas de manejo del tiempo. Además, estas estrategias permiten el ahorro de tiempo para dedicar a otras actividades de ocio, por lo que las personas con un TOCP podrían contar con más recursos para otras áreas distintas a la laboral, enriqueciendo así su vida social.

Según Rice (1998), un programa de ahorro de tiempo requiere ordenar en una lista las actividades que el sujeto deba realizar de mayor a menor en orden de importancia y urgencia, repartiendo la mayor parte del tiempo entre los primeros ítems de la lista y el tiempo restante entre las actividades menos prioritarias. Otras sugerencias son las siguientes:

a) Aprender a delegar tareas en otras personas. Las personas con un TOCP tienen grandes problemas a la hora de dejar en manos de otras personas trabajo que consideran que ellos hacen mejor, por lo que terminan no delegándolo y, en consecuencia, terminan sobrecargados de tareas.

b) Evitar revisar la misma tarea continuamente. El estilo perfeccionista de los sujetos con un TOCP fomenta el repaso continuo del trabajo que acaban de hacer; de ahí que inviertan mucho más tiempo del necesario en su realización, lo que disminuye su eficacia.

c) Dedicar tiempo al ocio y al descanso, dándole la misma prioridad que a las actividades laborales. Están tan dedicados al terreno laboral que las personas con este trastorno de la personalidad prefieren no "perder tiempo" en otras actividades reforzantes y enriquecedoras fuera del ámbito laboral, lo que genera una falta de relaciones interpersonales que hace menos rica su vida.

Con respecto al tratamiento farmacológico del TOCP no existen estudios controlados que evalúen su eficacia, por lo que no parece que este tipo de tratamiento ofrezca una alternativa viable al tratamiento cognitivo-conductual.

11.11. Conclusiones y tendencias futuras

Las características de la personalidad obsesivo-compulsiva suelen ser reforzadas en nuestra sociedad occidental sobre todo en el área laboral, siendo algunas de ellas positivas, como el perfeccionismo y la dedicación al trabajo. La modificación, tanto del estilo como del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, es difícil dado el refuerzo que obtienen presentando este tipo de comportamiento comparado con el posible refuerzo que conseguirían dedicando su tiempo a otro tipo de actividades. Sin embargo, cuando estas características son llevadas al extremo es cuando la persona comienza a volverse ineficaz, constituyendo la base del TOCP. El estrés que proporciona la activación continua de es-

tos sujetos los hace vulnerables a padecer enfermedades psicosomáticas, productos de la tensión acumulada, por lo que una mayor dedicación a actividades de ocio alternativas, a la familia y a otros ámbitos distintos al laboral sería una forma de combinar este estilo, en principio eficaz sobre todo para el trabajo, y un aumento de bienestar y salud en la vida de estos individuos.

Con la incorporación cada vez más evidente de la mujer al ámbito laboral sería interesante, de cara a investigaciones futuras, indagar acerca del posible incremento de este estilo de personalidad en el sexo femenino, que hoy por hoy está más presente en el hombre.

12

Trastornos de la personalidad no especificados

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

12.1. Introducción

Incluimos en este capítulo aquellos trastornos de la personalidad (TT PP) que no se encuentran en la parte "oficial" del DSM-IV-TR (APA, 2000). Es decir, los dos trastornos aquí incluidos, el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno depresivo de la personalidad, están incluidos en el Apéndice B del DSM-IV-TR. No están claras las razones por las que algunos de estos trastornos aparecen y desaparecen del apartado oficial de los DSM. Así, por ejemplo, en el DSM-III-R (APA, 1987) el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (TPAP) se encontraba en el grupo C ("ansiosos o temerosos") de los TT PP, mientras que en la siguiente edición del DSM (DSM-IV; APA, 1994) fue relegado al Apéndice. El trastorno depresivo de la personalidad (TDP) ha suscitado importantes controversias y se ha dudado de su utilidad como entidad diagnóstica por su solapamiento con la distimia (Eje I). Seguidamente nos detendremos en estos dos trastornos, aunque en general disponemos de menos información acerca de ellos que sobre los que se han visto en los capítulos anteriores y que se encuentran en la sección oficial del DSM-IV-TR. Al final del capítulo describiremos brevemente otros trastornos de la personalidad que, o bien no están incluidos en el Eje II del DSM-IV-TR (como son los provocados por una enfermedad médica o el consumo de drogas), o se encuentran en otros apartados distintos a la sección principal de los trastornos de la personalidad de la CIE-10 (OMS, 1992).

12.2. El trastorno pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad

12.2.1. Revisión histórica

Según Perry y Vaillant (1989), el término diagnóstico "pasivo-agresivo" lo emplearon por primera vez los psiquiatras militares estadounidenses en la Segunda Guerra Mundial. No obstante, Millon (1993) señala que las características descriptivas que definen al trastor-

no han sido expuestos con un considerable detalle por numerosos clínicos durante casi un siglo bajo denominaciones diferentes. Así, nombra a Kraepelin (1913), que escribió sobre individuos con constituciones que les impulsan a considerar difíciles todas las cosas y a sentir desagrado en todas las tareas, mostrando un equilibrio emocional muy fluctuante, o a Bleuler (1924), que habla de estas personalidades como sujetos con un estado de ánimo irritable.

El trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (TPAP) se incluyó en el DSM-I, conservándose en el DSM-II, en el DSM-III y en el DSM-III-R. El DSM-IV lo eliminó de la clasificación oficial y lo relegó al Apéndice B, en la sección "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores". En la bibliografía psicoanalítica de Estados Unidos, el término "masoquista" abarca la mayoría de las mismas características de personalidad y se considera que los pacientes pasivo-agresivos muestran una mezcla de rasgos orales y anales.

12.2.2. *Estilo pasivo-agresivo de personalidad: El tipo sin prisas*

Las personas con este estilo de personalidad cumplen con sus obligaciones y dedican el resto del tiempo a buscar la felicidad y las comodidades a las que creen tener derecho. No son personas que se sometan ante nada ni nadie ni van a permitir que sus valores sean modificados por los demás. Son sujetos independientes y prefieren moverse bajo sus propios criterios, limitándose a hacer lo que les toca sin emplear más tiempo y esfuerzo en ello. Aunque no son percibidos como antipáticos, suelen defender sus derechos y libertades individuales. Frecuentemente pueden ser vistos como holgazanes, ya que valoran el tiempo libre para dedicarlo a lo que más les gusta. Según Oldham y Morris (1995) las características típicas de este estilo de la personalidad son las siguientes: ••

- Protegen su tiempo libre, en el cual hacen lo que les parece buscando la comodidad y la felicidad.
- Dan lo que se espera de ellos, pero nada más.
- No soportan ser explotados e intentan evitar sutilmente aquellas demandas que les parecen injustas.
- No se obsesionan por el tiempo ni por lo que es urgente.
- No son rebeldes ni desafiantes.
- No trabajan para conseguir éxito ni fama, sino como medio para obtener comodidades.
- Creen que tienen tanto derecho a que les sonría la suerte como cualquier otra persona.
- Sólo hacen el trabajo que les corresponde, ya que no encuentran el sentido de la vida en el área laboral.
- Presentan una gran tolerancia al aburrimiento.
- Son lentos, plácidos y buscan siempre el placer.

Los sujetos cómodos no hacen nada para agradar a sus superiores ni para sobresalir entre sus compañeros. Evitan caer en la ansiedad inútil y no se ponen nerviosos por terminar alguna tarea a no ser que lo consideren estrictamente necesario. Sienten recelo hacia sus superiores y creen que su jefe va a intentar pedirles más de lo que están dispuestos a dar e incluso suelen pensar que quieren explotarlos. El dinero les refuerza menos que el tiempo libre.

Estos individuos necesitan un compañero que sea conformista, generoso y que no tenga en cuenta el hecho de que su pareja no se va a esforzar por satisfacer sus necesidades. Pero al pasivo-agresivo le gusta sentirse querido y que sea su compañero el que se ocupe de las tareas. Los obsesivo-compulsivos no comprenden la forma de ver la vida de los pasivo-agresivos, al igual que los narcisistas, que se niegan a cambiar su estilo de vida para amoldarse a la de estos sujetos. Con el paranoide pueden formar una buena pareja ya que comparten la desconfianza en los demás, a lo que hay que añadir que este último equilibrará la relación al ser más responsable. La pareja con otro pasivo-agresivo puede ser difícil, ya que los dos tienen las mismas necesidades de cuidado y uno de ellos tendrá que ceder. No hacen buena pareja con aquellos estilos exigentes en el plano emocional como el histriónico y el límite. Aunque comparten la búsqueda del placer, el pasivo-agresivo no está dispuesto a quebrantar las normas de la misma forma que lo hace el antisocial. Con el dependiente podría llevarse bien, siempre que le preste el apoyo que necesita.

• *Cómo relacionarse con un tipo pasivo-agresivo*

Hay que aceptar al pasivo-agresivo tal y como es, sin intentar cambiarlo. Es conveniente valorarlos por sus rasgos positivos, más que lamentarse por aquellos deseables que no poseen. Si la otra persona es emprendedora y se rige por otros valores, es aconsejable que piense en la forma de complementarse, en vez de creer que su sistema es mejor. Hay que ser realista y saber que relacionarse con un pasivo-agresivo supone para la otra persona un mayor sacrificio que para estos sujetos. Como los pasivo-agresivos no anticipan las necesidades del otro es conveniente hacérselas saber sin esperar a que lo haga por su cuenta. Además, no están dispuestos a hacer cosas con las que no están de acuerdo, por lo que hay que ser práctico y convincente para lograr que termine haciendo lo que el otro pretende. Les cuesta expresar su enfado y para contrarrestarlo dejan para después aquellas cosas que deberían hacer ya. La otra persona puede acompañar al pasivo-agresivo en los momentos en los que hace las cosas que más le gustan y de esta forma es probable que luego esté dispuesto a compartir con el otro sus momentos de ocio. Son muy exigentes a la hora de reclamar cariño, por lo que es conveniente cuidarlos mucho (Oldham y Morris, 1995).

12.2.3. *El trastorno pasivo-agresivo (negativista) de la personalidad: diagnóstico*

El DSM-IV-TR (APA, 2000) coloca este trastorno en el Apéndice B: "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores". Según este sistema de clasificación, la característi-

ca esencial del TPAP es un patrón generalizado de actitudes de oposición (negativistas) y resistencia pasiva ante las demandas de una adecuada actuación en situaciones sociales y laborales. Los criterios diagnósticos se muestran en el cuadro 12.1.

Cuadro 12.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.*

DSM-IV-TR (Apéndice B)	CIE-10
A) Patrón generalizado de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, tal y como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas: 1. Muestran una resistencia pasiva a satisfacer los requerimientos de las tareas laborales y sociales diarias. 2. Se quejan de ser incomprendidos y menospreciados por los demás. 3. Son resentidos y discutidores. 4. Muestran desprecio y emiten críticas poco razonables hacia la autoridad. 5. Manifiestan envidia y resentimiento hacia quienes son, aparentemente, más afortunados que ellos. 6. Expresan quejas constantes y exageradas de su desgracia. 7. Alternan entre las amenazas hostiles y el arrepentimiento. *B)* El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.	La CIE-10 incluye este trastorno en el apartado de "Otros trastornos específicos de la personalidad", pero sin criterios diagnósticos.

12.2.4. *Características clínicas*

Lo más característico de este trastorno de la personalidad es la tendencia de estos individuos a llevar la contraria, a no complacer a los demás, a estar malhumorados, a ser pesimistas y a estar frecuentemente quejándose. Desalientan a cualquiera, desmoralizándolo con facilidad, y sus conductas están dirigidas, en muchas ocasiones, a obstaculizar los esfuerzos y placeres de quienes les rodean (Millon y Everly, 1994). De hecho, se puede con-

siderar que estos sujetos expresan pasivamente una serie de agresiones encubiertas (APA, 1980). Los cuadros 12.2, 12.3, 12.4, 12.5 y 12.6 muestran los rasgos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos que caracterizan al TPAP.

La característica principal de los individuos con TPAP es su carácter obstinado y oposicionista que manifiestan hacia los demás. Cuando no están de acuerdo con algo desencadenan una resistencia pasiva que puede comenzar demostrando una ineficiencia totalmente intencionada en aquellas tareas que no quieren realizar. Pueden llegar a volverse forzosamente olvidadizos ante una cita o reunión que no les interesa, pero muestran una sumisión aparente sin negarse abiertamente a realizar aquello con lo que no están de acuerdo. Este tipo de comportamientos, junto con las quejas que continuamente verbalizan, demuestran la falta de conductas cooperativas que les caracteriza, sobre todo en el campo laboral. Frecuentemente se les puede ver siendo críticos e incluso cínicos con aquello que los demás han conseguido y que realmente ellos desean. Las relaciones laborales e interpersonales suelen ser conflictivas. El individuo desarrolla relaciones de hostilidad encubierta, pero de dependencia al mismo tiempo, y generalmente carece de habilidades sociales, especialmente en lo que se refiere a las figuras de autoridad (Perry y Flannery, 1982; Prout y Platt, 1983). No es capaz de hacer preguntas sobre lo que se espera de él y puede ponerse muy nervioso cuando se le fuerza a que haga las cosas satisfactoriamente. Los demás deben hacer muchas veces las tareas del sujeto con un TPAP y asumir sus responsabilidades.

El estilo cognitivo de los sujetos con un TPAP se pone de manifiesto en las características que se muestran en el cuadro 12.3. Presentan un tipo de cogniciones tan ambivalentes que pueden llegar a pensar en la solución de un problema tan pronto como han encontrado razones para echarse para atrás. Por esta razón es común que estos sujetos terminen reaccionando improvisadamente en función de la situación que se les presente en última instancia. Les caracteriza también la pérdida del control cognitivo debido a esas disonancias. Son capaces de pensar de cierta forma según sus sentimientos y actuar de manera contraria a ellos. Pueden llegar a descalificarse a sí mismos y acto seguido invertir su discurso y empezar a quejarse de los demás. Son, además, bastante susceptibles, por lo que es fácil que se sientan ofendidos por los comentarios de otra persona. Son individuos muy inseguros tanto con respecto a sí mismos como hacia los sentimientos y la fidelidad de sus más allegados, por lo que temen en muchas ocasiones comprometerse tanto en temas personales como laborales. El individuo con un TPAP cree que la expresión directa de sí mismo no producirá consecuencias favorables y espera que los demás lo ignoren, lo frustren o incluso lo castiguen. Cada fracaso refuerza una actitud de resentimiento. Teniendo en cuenta esta actitud resentida, le es difícil creer que intentar algo nuevo le producirá consecuencias beneficiosas. El tratar de frustrar los planes de los demás o conseguir su venganza sirven como sustitutos para la búsqueda del éxito. Esto produce la creencia de que es importante resistirse a los demás. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan algunas distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de un puñado de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 12.4.

El sujeto con un TPAP/no manifiesta la ira directamente, sino que suele poner mala cara y enfadarse. Es posible que los demás no sepan por qué está molesto, ya que.no

Cuadro 12.2. *Aspectos conductuales característicos del TPAP*

- Tienen reacciones impredecibles, impulsivas y negativas hacia los otros.
- Frecuentemente son obstinados y groseros.
- No se muestran cooperadores con los demás.
- Mantienen conductas oposicionistas.
- Se resisten a las demandas para que funcionen de forma adecuada.
- Verbalizan quejas continuamente.
- Emiten críticas frecuentes hacia la autoridad, pero no de forma directa.
- Suelen inducir culpa en los demás.
- Se hacen las víctimas.
- Muestran una ineficiencia intencional en algunas tareas.
- Dejan las cosas "para mañana".
- Siempre encuentran excusas para las demoras.
- Poco asertivos, no expresan directamente sus necesidades y opiniones, especialmente ante figuras con autoridad.
- Expresan envidia y resentimiento hacia los demás.

Cuadro 12.3. *Aspectos cognitivos característicos del TPAP.*

- Ambivalencia e inconsistencia cognitiva.
- Pérdida del control cognitivo.
- Disonancias cognitivas frecuentes.
- Envidian la buena suerte de los demás.
- Temen comprometerse.
- Son dependientes y olvidadizos.
- Están inseguros con respecto a su propia competencia.
- Dudan de la fidelidad de los demás.
- Son susceptibles, resentidos, desconfiados.

expresa las razones por las que se enfada. Se frusta fácilmente y puede abandonar la situación que no le gusta sin que nadie se entere. Puede cambiar de estado de ánimo rápidamente, alternando momentos de pesimismo, cuando todo lo ve de forma negativa, *y* momentos de optimismo, cuando la percepción de la situación se vuelve más positiva (véase en el cuadro 12.5 un resumen de algunos aspectos emocionales).

Los sujetos con un TPAP pueden tener problemas psicosomáticos debido a que reprimen la expresión de sus emociones. Aunque hace falta más investigación sobre este tema, puede ser un área de interés (véase el cuadro 12.6).

El comportamiento pasivo-agresivo suele producir irritación, ira *y* frustración en los demás. Las citas anuladas, la desaparición transitoria, los olvidos “oportunos” constituyen situaciones que causan importantes molestias en las personas del entorno del sujeto con un TPAP. Es difícil trabajar con ellos en equipo porque siguen su ritmo sin importarles mucho el resto de sus compañeros. Es frecuente que una tarea de equipo esté terminada excepto en la parte que le corresponde al inviduo pasivo-agresivo. Pero lo más

Cuadro 12.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TPAP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Soy autosuficiente, pero necesito que los otros me ayuden a alcanzar mis objetivos."	Ambivalencia de pensamiento	Dependencia paradójica
"El único modo de seguir respentándome a mí mismo es afirmarme de modo indirecto."	Pensamiento dicotòmico	Estar en su derecho
"Las figuras de autoridad son intrusivas, exigentes, entrometidas y controladoras."	Etiqueta global	Estar en su derecho Rebeldía enmascarada
"Tengo que resistir la dominación de las personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservar su aprobación y aceptación."	Ambivalencia de pensamiento	Dependencia paradójica
"Ser controlado o dominado por los demás es intolerable."	Baja tolerancia a la frustración	Superioridad
"Debo hacer las cosas a mi manera."	Afirmaciones de "debería"	Superioridad Rebeldía enmascarada
"Establecer plazos, satisfacer los requerimientos y adaptarse a los demás son golpes directos a mi orgullo y mi autosuficiencia."	Personalización	Superioridad
"Sé lo que es mejor para mí y nadie tiene que decirme lo que debo hacer."	Idealización extrema	Superioridad
"Todas las reglas son arbitrarias y me asfixian."	Sobregeneralización	Rebeldía enmascarada
"Todos son demasiado exigentes."	Sobregeneralización	Rebeldía enmascarada
"Tengo derecho a desobedecer a las personas si no me apetece hacer lo que me piden."	Idealización extrema	Estar en su derecho

Cuadro 12.5. *Aspectos emocionales característicos del TPAP.*

- Muestran baja tolerancia a la frustración.
- Son Impacientes e irritables.
- Se ofenden fácilmente.
- Son inestables, con rápidos cambios de humor.
- Son intranquilos y volubles en sus sentimientos.
- No expresan la ira ni la irritación directamente.
- Están desilusionados y desanimados la mayor parte del tiempo, pesimistas.

Cuadro 12.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TPAP.*

- Problemas psicosomáticos por la falta de expresión directa de las emociones.
- Problemas dermatológicos.

Cuadro 12.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Las relaciones íntimas raramente son tranquilas y fluidas.
- Provocan en los demás reacciones negativas.
- Boicotean de forma indirecta la tarea que no quieren realizar.
- Funcionan mal en el trabajo en equipo.
- Con frecuencia otras personas tienen que realizar el trabajo que ellos no han hecho.
- La gente no suele fiarse de ellos.

Cuadro 12.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TPAP.*

Visión de uno mismo
- Autosuficiente, independiente, incomprendido, sin suerte, despreciado.
- Vulnerable ai control, a las interferencias.

Visión de los demás
- Intrusos, exigentes, interfirientes, afortunados.
- Controladores, dominantes.

Estrategia principal
- Resistencia pasiva, sumisión aparente.
- Evade, rodea las reglas, obstruye el esfuerzo de los demás.

irritante con frecuencia es que a éste no le importa, ya que no piensa "someterse" al ritmo de los demás y seguir los plazos impuestos por otros (véase en el cuadro 12.7 algunos aspectos del impacto sobre el entorno del TPAP).

El cuadro 12.8 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con TPAP.

12.2.5. *Epidemiología y curso*

No existen datos fiables sobre la prevalencia del TPAP, especialmente teniendo en cuenta los vaivenes de su clasificación en los sucesivos DSM. Algunos investigadores han encontrado una prevalencia en muestras clínicas que va desde el 2% (Dahl, 1986) y el 5% (Standage y Ladha) hasta el 8% (Morey, 1988b). Otros autores han encontrado tasas de prevalencia más elevadas, que van desde el 10% (Alnaes y Torgerson, 1988) hasta el 19% (Zanarini *et al.,* 1987). El curso de este trastorno no parece muy optimista (Kaplan *et al.,* 1994), aunque apenas si existen datos sobre este aspecto.

12.2.6. *Diagnóstico diferencial y comorbilidad*

En el trastorno negativista desafiante hay un patrón similar de actitudes de oposición y problemas con figuras de autoridad, pero este trastorno se diagnostica en niños y adolescentes y el TPAP en adultos. No parece existir una relación entre la manifestación del trastorno negativista desafiante en la adolescencia y la presencia del TPAP en la edad adulta. Sí que parece haber una cierta relación entre este trastorno de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, no se debe hacer el diagnóstico de TPAP si los síntomas se explican mejor por un trastorno distímico o sólo aparecen en el transcurso de episodios depresivos mayores.

Hay que diferenciar también al TPAP de los trastornos de la personalidad histriónico, límite y por dependencia.

Small, Small, Alig y Moore (1970) realizaron un estudio de seguimiento durante once años sobre 100 pacientes pasivo-agresivos. Al principio, el 30% padecía un síndrome depresivo asociado y el 18% sufría de alcoholismo. Durante el período de seguimiento, el 79% de la muestra tenía, de un modo relativamente constante, problemas interpersonales, irritabilidad, depresión y quejas somáticas. Sólo el 44% tenía un trabajo a tiempo completo o era ama de casa.

12.2.7. *Etiología*

Millón y Everly (1994) proponen una serie de factores de tipo ambiental que parecen estar asociados al desarrollo del TPAP:

A) Inestabilidad parental

Es probable que los padres de niños que terminan desarrollando un TPAP pasen rápidamente del amor a la hostilidad con sus hijos y del cariño al rechazo. El resultado de estos patrones erráticos de conducta puede ser el conflicto que se les genera a los niños como la confianza frente a la desconfianza, la seguridad frente a las dudas o iniciativa frente a la culpa. Cualquier juicio de sí mismo también está lleno de valoraciones contradictorias, donde cada conducta suele tener su lado positivo y negativo, y no saben qué manera de actuar es la apropiada. Todo ello genera cambios de comportamiento impredecibles y cualquier provocación puede dar como resultado la reacción explosiva de estos sujetos. La cadena de acontecimientos que da lugar a este tipo de aprendizaje es la siguiente:

- El niño imita la conducta variable de los padres.
- No aprende conductas apropiadas para cada situación.
- Interioriza una serie de mensajes y actitudes conflictivos.
- Como resultado tiene un sentimiento general de frustración y ambigüedad que se mantiene al no ser capaz de predecir las consecuencias de su conducta.
- Aumenta la probabilidad de que el niño presente una conducta impulsiva y emocional explosiva.

B) Escisión familiar

Cuando los padres están en conflicto permanente los niños sufren tanto la amenaza de la escisión familiar como la tensión constante que se vive diariamente. Al intentar adoptar un papel de moderadores, los niños van cambiando de un punto de vista a otro, lo que puede presentarse de forma habitual hasta convertirse en un estilo de conducta ambivalente.

C) Rivalidad entre hermanos

El hecho de tener un nuevo hermano pequeño supone el reparto del afecto de los padres, lo que puede dar lugar al resentimiento y a la rivalidad entre hermanos. El mayor aprende que no es adecuado mostrar estos sentimientos negativos hacia su hermano y es probable que sean disimulados a la hora de expresar estos sentimientos e incluso de abusar físicamente de él en presencia de los padres. Aprenden a odiarlo vengativamente.

D) Variabilidad aprendida

El hecho de comportarse, por un lado, de manera dependiente y, por otro, de forma autónoma, hace que obtengan refuerzo ya que, por una parte, los demás le prestarán aten-

ción cuando parezca indefenso y, por la otra, el hecho de descargar sutilmente su rabia y su resentimiento les hará tener sus necesidades satisfechas y parecer, al mismo tiempo, una persona cívica.

Desde el modelo conductual se ve al comportamiento pasivo-agresivo como "la expresión de la ira en interacciones sociales de formas verbales y no verbales desadaptativas que no conducen a una solución del problema de modo recompensante" (Perry y Flannery, 1982, p. 166). De este modo, el fracaso para aprender la conducta asertiva apropiada es el principal factor etiológico para explicar la agresión pasiva. Algunas hipótesis conductuales para explicar las causas de la conducta no asertiva son las siguientes (Perry y Flanery, 1982):

1. El individuo pasivo-agresivo no ha aprendido nunca las respuestas asertivas apropiadas.
2. La ansiedad excesiva evita o inhibe las reacciones asertivas.
3. El castigo anticipado por mostrar un comportamiento asertivo disminuye la probabilidad de que un individuo reaccione de manera asertiva en una determinada situación social.

Millón y Everly (1985) alegan que el TPAP se autoperpetúa por medio del refuerzo positivo de su comportamiento dubitativo. Estos individuos se quedan en el camino del medio, ya que acumulan los beneficios de ser pasivos y dependientes y también los de expresar sus necesidades de independencia y autonomía. Ambas conductas son reforzadas y de ahí la autoperpetuación de la indecisión.

12.2.8. *Evaluación*

En la evaluación del TPAP se pueden utilizar entrevistas y cuestionarios dirigidos a la evaluación de los trastornos de la personalidad en general. Con respecto a aspectos concretos de la entrevista con estos sujetos, Sperry (1995) y Othmer y Othmer (1996) señalan que entrevistarlos puede ser muy frustrante y poco reforzante. Estos pacientes mantendrán el contacto terapéutico en tanto en cuanto el clínico esté de acuerdo con ellos. Son reticentes a las demandas que se les hacen, a las cuales se resisten con lentitud y mal humor. Si se sienten desafiados es probable que den rienda suelta a su ira, respondiendo con monosílabos, llegando a ser muy hostiles y, probablemente, se pierda la relación si es que se había establecido el vínculo terapéutico, el cual sólo se puede volver a recuperar si el clínico adopta el punto de vista del paciente. Si el entrevistador empatiza con el resentimiento hacia las demandas que presentan los pasivo-agresivos, puede que cooperen y le permitan que explore su trastorno. Quizá en el momento de la entrevista los pacientes parezcan no presentar ningún trastorno y estar emocionalmente bien adaptados, hasta que empiezan a relatar situaciones en las que se les ha demandado hacer alguna tarea, por lo que no es difícil olvidarse de que hay un trastorno de personalidad en la base.

12.2.9. *Tratamiento*

Perry y Flannery (1982) seleccionaron el entrenamiento en asertividad para el tratamiento de los pacientes con un trastorno pasivo-agresivo de la personalidad basándose en la falta de autoexpresión directa de estos sujetos y en la utilización de una forma de autoexpresión indirecta (y a menudo hostil). La bibliografía sobre el entrenamiento en habilidades sociales ha incluido la conducta pasivo-agresiva como uno de los objetivos de aplicación de esta técnica (Caballo, 1997a).

Por su parte, Beck y Freeman (1990) plantean el establecimiento de un vinculo de colaboración desde el mismo inicio del tratamiento, algo esencial para que pueda tener lugar el progreso terapéutico con los sujetos con TPAP. Puesto que estos individuos desafían a la autoridad, es importante que se den cuenta de que ellos son los que eligen activamente durante la terapia. El terapeuta les tiene que animar para que escojan temas de discusión en las sesiones o que planteen conjuntamente "experimentos" para comprobar la precisión de los pensamientos automáticos, en vez de intentar interpretar o cuestionar estos pensamientos. Una segunda estrategia consiste en ayudar a estos individuos a que se den más cuenta de las cogniciones que influyen en su comportamiento disfuncional y en sus emociones negativas. Esta estrategia es básica para la terapia cognitiva e incluye un análisis y una reestructuración de los esquemas básicos desadaptativos sobre pasividad, autonomía, resistencia y boicoteo. Otra estrategia incluye el fomentar las conductas asertivas y prosociales. Para algunas personas, esto implicará el entrenamiento en habilidades sociales. Aunque el objetivo básico para estos individuos es utilizar formas más adaptativas para manejar la ira y el resentimiento, desde una perspectiva de la terapia cognitiva, el entrenamiento en asertividad solo es insuficiente. Para los individuos pasivo-agresivos es necesario que reconozcan su comportamiento pasivo-agresivo y sus consecuencias. Sólo entonces será posible explorar otras opciones para manejar las emociones negativas y para abordar los miedos y las expectativas que bloquean las respuestas adaptativas.

12.3. Trastorno depresivo de la personalidad

12.3.1. *Revisión histórica*

Kraepelin ya describió el temperamento depresivo en 1921, pero el concepto puede haberse originado hace cientos de años, con la descripción de Hipócrates y Aristóteles de un tipo de personalidad melancólica (Phillips, Hirschfeld, Shea y Gunderson, 1993). Aunque se planteó que este temperamento constitucional predisponía a episodios melancólicos más graves, no se consideraba totalmente patológico. Así, Aristóteles sugería que todas aquellas personas que destacaban en filosofía, política, poesía o en las artes eran claramente melancólicos (Phillips *et al.,* 1993). Kraepelin y otros psiquiatras alemanes (p. ej., Kretschmer, 1925) describieron posteriormente un temperamento depresivo caracterizado por un estrés emocional permanente en todas sus experiencias de la vida.

Schneider (1959) describió una personalidad depresiva que denominó "psicopatía depresiva". Posteriormente, algunos psicoanalistas escribieron sobre una personalidad depresiva permanente e incluso se pueden encontrar aspectos de relevancia para este trastorno en autores cognitivo-conductuales al hablar de creencias depresogénicas resistentes (p. ej., Beck, 1967). Este trastorno es nuevo en el DSM-IV, aunque está incluido, al igual que el trastorno anterior, en el Apéndice B, "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores".

12.3.2. *Estilo depresivo de personalidad: El tipo serio*

El sujeto con un estilo depresivo de la personalidad es fundamentalmente un tipo serio, un tipo tristón. Para él la vida es responsabilidad y trabajo, una serie de tareas encadenadas una tras otra. No piensan en el placer ni en el ocio, sino en las necesidades que uno tiene que cubrir para sobrevivir en este mundo. Perseveran en lo que creen que deben hacer, independientemente de si les agrada o si son reforzados por ello. No se plantean grandes objetivos o metas en la vida, ya que para ellos la vida es supervivencia.

El estilo depresivo de la personalidad se caracteriza por (Millón y Davis, 2001; Oldham y Morris, 1995) los siguientes rasgos:

- Estado de ánimo que tiende a la tristeza y el abatimiento.
- Disminución de la capacidad para experimentar placer.
- Mayor conciencia de sus defectos y virtudes.
- Conceden más importancia a los aspectos negativos de su personalidad.
- Son realistas, atribuyendo a lo negativo su justo valor.
- Se excusan con facilidad por su conducta.
- No están obsesionados por sus fallos o fracasos.
- Anticipan las situaciones antes de actuar en ellas.
- Pueden tomar la iniciativa cuando es necesario.
- Siempre están preparados para lo peor.
- Su estado de ánimo es el reflejo de los aspectos negativos de sí mismos y de la situación.
- Son realistas sobre sus capacidades y sus limitaciones.
- Se enfadan con aquellos que pretenden exagerar lo bueno a expensas de lo realista.

Los sujetos con un estilo depresivo de personalidad manifiestan un patrón emocional sobrio, controlado, tristón. Se encuentran anclados en la cara oscura de la vida y difícilmente ven los aspectos positivos. Son sujetos poco extravertidos, por lo que pueden tener problemas para encontrar pareja. Pero una vez que la encuentran, invierten en ella un gran esfuerzo y permanecen fieles. Se vuelven muy dependientes del cónyugue, aunque suelen ser críticos con él cuando su comportamiento no es responsable o correcto. Se preocupan de que las necesidades de su familia estén cubiertas y se esfuerzan lo que sea necesario para conseguirlo. Los individuos con un estilo depresivo encajan mejor con

aquellas personas que les aceptan y les dejan ser como son. De esta forma, los estilos dependiente y autodestructivo son las mejores parejas. Se pueden llevar bien con los obsesivo-compulsivos, ya que tienen una perspectiva similar sobre los aspectos laborales de la vida, aunque pueden tener problemas en lo que ambos consideran correcto. Pueden también funcionar adecuadamente con otro estilo depresivo, por su parecida visión sobre el mundo, pero quizá se complementen mejor con un estilo que sea más sociable y más vivo y que les haga ver las cosas, aunque sea de vez en cuando, desde una perspectiva más positiva. No obstante, los estilos, claramente definidos, como antisocial, límite, narcisista e histriónico difícilmente se entenderán con el depresivo.

• *Cómo relacionarse con un tipo depresivo*

Oldham y Morris (1995) señalan que la base para llevarse bien con un depresivo es la aceptación de su forma de ser. No se le debe presionar para que vea los aspectos positivos de las situaciones o para que sea más sociable o más alegre. Deje que sea como es. Vea las características positivas del depresivo: responsable, trabajador, fiel. Claramente se puede confiar en él. Disfrute de la vida y mantenga una actitud alegre, aunque frecuentemente no coincida con la del depresivo. El respeto mutuo a que cada uno exprese o no sus emociones es esencial. Como el estilo depresivo es poco expresivo, es recomendable que el otro miembro de la pareja le exprese cariño y sentimientos positivos, algo que valorará altamente aunque no lo manifieste. No le dé importancia a las primeras evaluaciones que el individuo depresivo haga de cualquier situación. Inicialmente serán siempre sobre los aspectos negativos. Luego puede preguntarle por los elementos positivos. No espere tampoco que el sujeto depresivo sea espontáneo. Tome usted la iniciativa en todos los aspectos de la vida en común, el otro miembro de la pareja le seguirá.

12.3.3. *El trastorno depresivo de la personalidad: diagnóstico*

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la característica esencial del trastorno depresivo de la personalidad (TDP) consiste en un patrón enraizado de conductas y cogniciones depresivas. El cuadro 12.9 muestra los criterios diagnósticos para este trastorno.

12.3.4. *Características clínicas*

Los individuos con un trastorno depresivo de la personalidad son muy serios, incapaces de disfrutar o relajarse y carecen de sentido del humor. Ven el futuro negativamente, dudan de que mejoren las cosas y anticipan lo peor. Su apariencia física a menudo refleja su estado de ánimo: expresión facial deprimida, postura hundida, voz hueca y retardo psicomotor.

Cuadro 12.9. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno depresivo de la personalidad.*

DSM-IV-TR (Apéndice B)	CIE-10
A) Un patrón generalizado de conductas y cogniciones depresivas que comienzan al principio de la edad adulta y se reflejan en una amplia variedad de contextos, tal y como lo indican cinco (o más) de los siguientes síntomas: 1. El estado de ánimo habitual está dominado por el abatimiento, la tristeza, el desánimo, la desilusión y la infelicidad. 2. El concepto de uno mismo se centra alrededor de creencias de inadecuación, inutilidad y baja autoestima. 3. Se critica, se acusa y se menosprecia. 4. Le dan vueltas a las cosas y tienden a preocuparse. 5. Llevan la contraria, critican y juzgan a los demás. 6. Son pesimistas. 7. Tienden a sentir culpa o remordimiento. *B)* Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.	La CIE-10 no incluye este trastorno en su clasificación.

A continuación se muestran los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos del trastorno depresivo de la personalidad. Los cuadros 12.10, 12.11, 12.12, 12.13 y 12.14 presentan estos aspectos.

Los sujetos con un TDP se quejan de sentimientos crónicos de desamparo. Tienen una baja autoestima y disfrutan de pocas cosas en la vida. Son críticos con su trabajo, con sus relaciones sociales, consigo mismos. Sus pensamientos suelen ser negativos, fijándose siempre en los aspectos negativos de las situaciones, de las personas, de sí mismos.

Presentan, además, una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan algunas distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de un puñado de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 12.12.

Emocionalmente, los sujetos con un TDP son tristes, pesimistas, desesperanzados. Para ellos, el dolor y las penas son elementos que forman parte esencial de la vida, de la que no esperan grandes cosas. El cuadro 12.13 muestra algunos aspectos emocionales de estos individuos.

Cuadro 12.10. *Aspectos conductuales característicos del TDP.*

- Sienten fatiga y cansancio continuo.
- Tienen movimientos y lenguaje lentos y demorados.
- Tienen postura y un tono de voz decaídos.
- Tienen dificultades para conciliar el sueño o despertar pronto por la mañana.
- Son críticos con los demás, pero especialmente como consigo mismos.
- Exigen a los demás garantías de afecto, constancia y dedicación.
- Tienen una apariencia sombría, desolada, abatida.
- Son serios, tristes, introvertidos.
- Son pasivos, con poca iniciativa y espontaneidad.
- Precisan del amor y del apoyo de los otros.

Cuadro 12.11. *Aspectos cognitivos característicos del TDP.*

- Pensamiento enlentecido.
- Dificultad para concentrarse.
- Se censuran por cosas irrelevantes.
- Se culpan cuando las cosas van mal y cuando no tienen nada que ver con ellos.
- Obvian las cosas positivas y resaltan las negativas.
- Sienten deseos de vivir una vida diferente.
- Son incapaces de disfrutar o relajarse.
- Baja autoestima.
- Carecen de sentido del humor.
- Mantienen actitudes derrotistas y fatalistas en casi todo.
- Siempre esperan que ocurra lo peor.
- Temen el abandono y la deserción.
- Se sienten indefensos, desamparados.
- Son escépticos, difíciles de agradar.
- Tienen una tendencia a la preocupación, especialmente sobre futuros acontecimientos negativos.
- Tienen pocas esperanzas de encontrar solución a sus problemas.

Los sujetos con un TDP pueden sufrir consecuencias fisiológicas y médicas similares a los individuos con una depresión mayor o una distimia. Los problemas para dormir o fatiga crónica pueden ser algunos de ellos. Además, el riesgo de suicidio de estos sujetos puede ser mayor que en la población normal (véase en el cuadro 12.14 algunos posibles elementos fisiológicos y médicos del TDP).

Los sujetos con un TDP pueden funcionar bien en trabajos prolongados, monótonos, como una cadena de montaje en una fábrica de coches o un puesto de revisión de productos según van saliendo en cadena. Se pueden mantener durante mucho tiempo en su puesto de trabajo realizando tareas que para otras personas resultarían muy pesadas. En el terreno de las relaciones sociales estos sujetos no son muy habilidosos. Su patrón de comportamiento pasivo no les ayuda a establecer nuevas amistades. Sin embargo, si consiguen pareja y ésta les acepta tal y como son, pueden mantenerla para el resto de la vida (véase el cuadro 12.15).

Cuadro 12.12. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TDP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"No valgo para nada."	Pensamiento dicotómico	Visión negativa de uno mismo
"Nunca seré feliz."	Sobregeneralización	Visión negativa del futuro
"No puedo hacer nada para solucionar las cosas."	Falacia de control	Visión negativa de uno mismo
"Nunca me saldrán las cosas bien."	Sobregeneralización	Visión negativa del futuro
"Yo tengo la culpa de que las cosas salgan mal."	Personalización	Visión negativa de uno mismo
"Soy un fracasado."	Etiqueta global	Visión negativa de uno mismo
"La gente no me apoya lo suficiente."	Afirmaciones de "debería"	Visión negativa del mundo
"Soy un inútil."	Pensamiento dicotòmico	Visión negativa de uno mismo
"La gente no me quiere porque no valgo para nada."	Adivinación del pensamiento Pensamiento dicotómico	Visión negativa del mundo
"Nunca conseguiré ese trabajo."	Visión catastrofista Adivinación del futuro	Visión negativa del futuro
"Siento que las cosas van a salir mal."	Razonamiento emocional	Visión negativa del futuro

Cuadro 12.13. *Aspectos emocionales característicos del TDP.*

- Constante estado de abatimiento, tristeza y sentimientos de vacío.
- Apatía y mal humor.
- Sentimientos de inutilidad, impotencia y culpa.
- Pesimismo, desesperanza.
- Irritabilidad.
- No hay muchas situaciones de las que disfruten.
- Tienen tendencia al llanto.

Cuadro 12.14. *Aspectos fisiológicos y médicos del TDP.*

- Posibles autolesiones.
- Un mayor riesgo de suicidio.
- Problemas con el ciclo sueño-vigilia.
- Fatiga crónica.

Cuadro 12.15. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Pueden funcionar bien en trabajos que requieran un esfuerzo prolongado y duro.
- No persiguen ascender en el trabajo, pero puede llegarles ese ascenso por su esfuerzo constante.
- Tienen dificultad para conseguir pareja, pero cuando lo hacen se mantienen fieles.
- Tienen pocos amigos y escasas relaciones sociales.

El cuadro 12.16 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con trastorno depresivo de la personalidad.

Cuadro 12.16. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TDP.*

Visión de uno mismo
- Inútiles, indefensos, despreciables.
- Insignificantes, incompetentes, responsables.

Visión de los demás
- Personas poco preocupadas por el futuro.
- Poco serios, irresponsables.

Estrategia principal
- Búsqueda de expresiones afectivas y de cuidados en los demás.
- Se preparan para lo peor, evalúan a los otros (y a sí mismos).

12.3.5. Epidemiología y curso

Existen pocos datos sobre este nuevo trastorno de la personalidad. Se cree que aparece igual en hombres y en mujeres, a diferencia de los trastornos depresivos, que son más frecuentes en mujeres. Se supone que los individuos con un TDP son altamente vulnerables a la depresión mayor y a la distimia.

12.3.6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Como se ha señalado anteriormente, los sujetos con un TDP corren un gran riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico. Hay que diferenciar este último del TDP, ya que éste es crónico y dura toda la vida, mientras que el trastorno distímico es transitorio, puede aparecer en cualquier momento y suele estar provocado por un estímulo estresante. Algunos investigadores dudan de la utilidad de diferenciar al TDP de la distimia. Se ha sugerido que el trastorno depresivo de la personalidad puede solaparse conceptualmente con los trastornos de la personalidad autodestructivo, por dependencia, obsesivo-compulsivo y por evitación (Phillips *et al.,* 1993).

12.3.J. Etiología

Debido a que, como en la mayoría de los trastornos de la personalidad, las influencias biológicas en su etiología y su desarrollo no están claras, se pondrá más énfasis en los factores ambientales que parece que se relacionan con este trastorno. Millón y Davis (1998) proponen las siguientes influencias ambientales, que desempeñan un papel importante en la aparición del TDP:

A) Pérdida de apoyo emocional en la infancia

Cuando el niño no experimenta signos claros de aceptación y cariño en la infancia pueden generarse sentimientos de inseguridad, aislamiento y desapego emocional. Los padres de los niños con personalidad depresiva suelen ser distantes e indiferentes, por lo que estos sujetos carecen de experiencias de proximidad y afecto, así que finalmente se rinden en la búsqueda del apoyo emocional paterno. Retraídos e inactivos, estos niños aprenden a hacer pocas demandas a su entorno y se aíslan en vez de apegarse, desarrollando un sentimiento de desesperanza e indefensión.

B) Entrenamiento en indefensión

El niño que en un futuro será depresivo, es descalificado y humillado en la infancia por su padre, que a menudo le hace sentirse inútil e impide que desarrolle una mayor confianza y sentido de la competencia, generándole un sentimiento de ineficacia. Estos niños, además de no funcionar bien por sí mismos, piensan que nunca tendrán la capacidad para hacerlo, por lo que se sienten desesperanzados.

C) Refuerzo de la tristeza como identidad

Debido a lo descrito anteriormente, estos niños afrontarán la adolescencia con miedos y dudas. Estos sujetos, frecuentemente devaluados en su infancia, esperan seguir

siéndolo en todos los ámbitos de su vida. Este sentimiento, junto a su falta de confianza, refuerza aún más la creencia de que son personas ineficaces a las que ridiculizarán los demás. Por otro lado, las expresiones de tristeza y soledad les sirven para llamar la atención y conseguir de los demás las muestras de cariño que estos sujetos tanto necesitan. A consecuencia de esta atención su sentimiento de tristeza mejora, por lo que obtienen refuerzos por su comportamiento depresivo. Sin embargo, las continuas muestras de tristeza que ofrecen refuerzo a corto plazo al sujeto pueden hacer que, a largo plazo, los demás se cansen del depresivo y lo eviten, haciendo que éste confirme su poco atractivo general.

D) Pérdida del sí mismo

El sentimiento continuo de no ser amado, de inutilidad e inadecuación, hacen que el sujeto con personalidad depresiva encuentre diferencias entre lo que debería haber sido y lo que en realidad es. Como consecuencia de esta disparidad el individuo se siente vacío y desesperanzado.

12.3.8. *Evaluación*

Existe una entrevista específica para el trastorno depresivo de la personalidad, que es la "Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Depresivo de la Personalidad" *(Diagnostic Interview for Depressive Personality Disorders, DIDPD,* Gunderson *et al.,* 1994) y un inventario también específico, el "Inventario para el Trastorno Depresivo de la Personalidad" *(Depressive Personality Disorder Inventory, DPDI,* Huprich *et al.,* 1996, 2002). Se pueden utilizar también los inventarios dirigidos a la evaluación de todos los trastornos de la personalidad, como el MCMI-III (Millón *et al.,* 1994) o las entrevistas semiestructuradas generales. Podría ser también de utilidad alguno de los cuestionarios que evalúan la depresión mayor (como, p. ej., el "Inventario de Depresión de Beck", BDI) (Beck, 1987), siempre y cuando las posibles respuestas presenten diferentes niveles de gravedad.

12.3.9. *Tratamiento*

Muchos de los individuos con personalidad depresiva aparentemente parece que presentan un episodio depresivo mayor, pero el clínico pronto se dará cuenta de que el paciente muestra un estado de ánimo deprimido desde la infancia o la adolescencia, concluyendo, por tanto, que presenta un trastorno depresivo de la personalidad. Estos sujetos se dan cuenta de que la vida no es tan dura para los demás como para ellos, por lo que suelen esperar que el terapeuta les revele el secreto de la felicidad. Aunque es posible que el clínico se vea presionado a aliviar el dolor de estos pacientes, es conveniente que promuevan el desarrollo de la autoeficacia y que se limiten a impartir esperanza y optimismo con respecto a la posibilidad de mejoría en el funcionamiento de estas personas. La

verdadera relación terapéutica es aquella en la que el clínico sabe transmitir al paciente la confianza que tiene en su capacidad para cuidarse a sí mismo.

Los objetivos principales de la intervención con estos sujetos son cambiar el comportamiento pasivo del depresivo por una interacción más activa con el entorno y sustituir la atención que estos sujetos prestan de manera selectiva a las experiencias negativas y de dolor por acontecimientos positivos y placenteros. La anticipación del placer hará que estas personas actúen de manera más activa con su entorno, lo que facilitará la restauración de la autovalía y la autoestima. Las estrategias cognitivo-conductuales constituyen una poderosa herramienta para cambiar el comportamiento del paciente y sus consecuencias, ya que animan al sujeto con personalidad depresiva a interactuar de un modo más adaptativo con su ambiente, alejándolo de la pasividad característica de este trastorno, que hace que el sujeto no presente esperanza alguna de sentirse mejor. Una intervención comportamental, como el entrenamiento en habilidades sociales, puede ayudar al individuo a sustituir comportamientos pasivos por alternativas más asertivas.

Muchos sujetos con un trastorno depresivo de la personalidad responden a la intervención farmacológica, lo que lleva a algunos terapeutas a asegurar prematuramente la desaparición de los síntomas. Cuando los antidepresivos actúan con éxito lo que se consigue es proporcionarle al sujeto un aumento de energía y optimismo, que facilitan que éste colabore en la psicoterapia. Pero parece existir un escepticismo con respecto a la duración de la mejoría, por lo que parece necesario, además, ayudar al paciente mediante la psicoterapia a mejorar los patrones de comportamiento y pensamiento desadaptativos que presenta. Sin embargo hay personas que no se benefician de la medicación, por lo que las intervenciones comportamentales y cognitivas desempeñan un papel crucial en la recuperación de estos pacientes (Millón y Davis, 1998).

12.4. Conclusiones y tendencias futuras

Los trastornos pasivo-agresivo y depresivo de la personalidad que se han tratado en este capítulo parece que necesitan de más información para que puedan ser aceptados como diagnósticos oficiales en una próxima edición del DSM. El TPAP ha permanecido en las diferentes ediciones del DSM desde su inicio, aunque no termina por asentarse como trastorno "oficial". La bibliografía sobre "asertividad" en las décadas de 1970 a 1980 está llena de referencias a este tipo de comportamiento. Tal vez el comité encargado de la sección de los trastornos de la personalidad del DSM debería revisar los estudios de esa época. Con respecto al TDP, no se tiene mucha información por ser un trastorno de reciente inclusión en el sistema de clasificación del DSM. Aunque hay defensores y detractores del mismo, las investigaciones que se lleven a cabo en estos años, hasta la aparición de la próxima edición del DSM, serán de vital importancia para su mantenimiento o no como diagnóstico oficial. No obstante, si observamos la escasez de información que existe sobre algunos de los TT PP incluidos en la sección oficial del DSM-IV-TR, no parece que sean necesarias una gran cantidad de investigaciones empíricas para obtener un puesto en dicha sección.

13

Trastornos de la personalidad relegados y olvidados

Vicente E. Caballo, Cristina López-Gollonet y Rebeca Bautista
Universidad de Granada (España)

13.1. Introducción

Este capítulo se centra en aquellos trastornos de la personalidad (TT PP) que se encontraban en el Apéndice del DSM-III-R (APA, 1987) y han desaparecido del DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000), es decir, el trastorno autodestructivo y el trastorno sádico de la personalidad. No están claras las razones por las que estos trastornos han desaparecido de la última edición del DSM. Los trastornos autodestructivo (TADP) y sádico (TSP), que en el DSM-III-R se encontraban en el Apéndice con el objetivo de realizar estudios posteriores sobre ellos, desaparecen en el DSM-IV (el TADP estuvo a punto de entrar en la sección oficial del DSM-III-R [Widiger, 1995]). No obstante, sobre ambos trastornos parecía haber una cierta información, ya que en el DSM-III-R se incluían sus criterios diagnósticos la sintomatología asociada, las complicaciones, los factores predisponentes, la incidencia por sexos, el diagnóstico diferencial, los antecedentes familiares y la prevalencia. Es más, sobre el TADP se dice: "Los estudios iniciales sugieren que éste puede ser uno de los trastornos de personalidad más frecuentes en la población clínica" (APA, 1987, p. 446). ¿Cómo es posible que si en 1987 el TADP parecía uno de los trastornos más frecuentes en 1994 haya desaparecido por completo del sistema de clasificación del DSM?". ¿Es que las afirmaciones de 1987 eran erróneas ¡tan erróneas!? ¿O es que la retirada del TADP del sistema de clasificación en 1994 obedece a otras razones que no tienen nada que ver con la existencia o no existencia del trastorno ni con el espíritu científico que debería presidir los sistemas de clasificación? Parece que, desafortunadamente, éste ha sido el caso. Widiger (1995) señala que es posible que el grupo de trabajo para la elaboración de los TTPP del DSM-IV haya sucumbido a la presiones políticas (p. ej., de grupos feministas) para eliminar el diagnóstico de este sistema de clasificación. Ese autor sigue diciendo que la eliminación de dicho diagnóstico "es un flaco servicio a las personas, incluyendo a las mujeres, para las que las características autodestructivas representan un problema importante en sus vidas" (Widiger, 1995, p. 367).

13.2. Trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad

13.2.1. *Revisión histórica*

El concepto de masoquismo tiene su origen en las descripciones realizadas en el siglo XIX por Kraft-Ebbing de ciertas personas que buscaban el placer sexual sometiéndose al dolor físico producido por una pareja dominante. Posteriormente, Freud y otros psicoanalistas describieron un patrón de conductas sumisas no sexuales (masoquismo mental). El trastorno masoquista de la personalidad fue propuesto en 1983 como categoría para incluirse en el DSM-III-R. Después de largas deliberaciones del grupo de trabajo correspondiente de la American Psychiatric Association, se cambió el nombre de dicho trastorno por el de "trastorno autodestructivo de la personalidad", con el fin de evitar la asociación con los conceptos psicoanalíticos del masoquismo femenino, y se incluyó en un apéndice del DSM-III-R denominado "Categorías diagnósticas propuestas que requieren estudios posteriores" (Fiester, 1991). Desde entonces ha habido notables controversias sobre el trastorno, y en el DSM-IV (APA, 1994) fue eliminado totalmente de la clasificación por presiones sociales y políticas. Aunque esto no ha hecho desaparecer a los numerosos individuos que padecen este trastorno, sí ha servido para disminuir la investigación que pudiera arrojar más luz sobre el mismo.

13.2.2. *Estilo autodestructivo de personalidad: El tipo altruista*

Las personas con este estilo de personalidad anteponen las necesidades de los demás a las suyas propias, a las que conceden menos importancia. Lo que le da sentido a sus vidas es entregarse a los demás, llegando incluso a renunciar a lo personal con tal de hacer algo por alguien. No buscan que les gratifiquen, simplemente les satisface dirigir sus esfuerzos a mejorar la vida de los demás, pero les molesta que la gente ignore sus esfuerzos o que no los valore. Si reciben una atención diferente se sienten incómodos pero al mismo tiempo les alaga. Oldham y Morris (1995) proponen las siguientes características que definen al tipo autodestructivo: ••

- Son personas que están atentas a los requisitos de los demás, intentando satisfacerlas sin necesidad de que el otro se lo pida.
- No son competitivos ni ambiciosos.
- Se desviven por estar al servicio de los demás; son personas muy consideradas en el trato con los otros.
- Son tolerantes con los demás y nunca critican ni juzgan con crueldad.
- No les gusta ser el centro de atención.
- Tienen mucha paciencia y gran tolerancia a la incomodidad.
- No son irónicos ni pedantes.
- Son éticos, honrados y dignos de confianza.
- Son ingenuos, inocentes y sufridores.
- No sospechan que haya segundas intenciones en las personas a quienes se entregan.

Cuando la personalidad autodestructiva es acentuada, estos sujetos, por lo general, no se dan cuenta de que, a veces, el otro no necesita ayuda. Su constante ofrecimiento puede molestar a los demás. Estos individuos, por sus características, son buenos para dar placer, no para recibirlo. Emocionalmente se sienten bien cuando se dan a los demás. La intimidad es el único lugar donde estos sujetos experimentan placeres y les es fácil relajarse y gratificarse, ya que en presencia de otros automáticamente sacrifican sus necesidades. Al autodestructivo le cuesta expresar su enfado con las personas queridas, por lo que proyecta una imagen de persona sufridora. Perciben el mundo como un lugar duro e injusto, por lo que son propensos a la depresión y a la tristeza. A pesar de esto son sujetos duros, capaces de asumir las cargas ajenas además de las suyas propias.

Los autodestructivos pueden llevarse bien con cualquiera, ya que, al igual que los dependientes y los límites, son personas que se identifican con las necesidades de los demás. El problema que presentan es que corren el riesgo de buscar un compañero que se aproveche o abuse de la buena disposición de estas personas, como sería el caso de un tipo antisocial, que daría lugar a una relación excesivamente desequilibrada y difícil, pues el autodestructivo no se revelará debido a que posee una gran capacidad para perdonar y tolerar. El narcisista sabrá recibir todo lo que le ofrezca este sujeto, aunque ellos no prestarán atención a sus necesidades. Por lo demás, el autodestructivo podrá congeniar bien con la mayoría de las personalidades.

• *Cómo relacionarse con un tipo autodestructivo*

Agradézcale al autodestructivo cualquier esfuerzo que haga por los demás, pues aunque no le gustan los cumplidos, en el fondo le encanta que se lo reconozcan y valoren sus esfuerzos. Aunque estas personas viven dando y ayudando a los demás, sería importante que se estableciera con ellos un intercambio equilibrado entre lo que dan y lo que reciben. Para esto podemos mostrarnos más serviciales, de forma que aliviemos las tareas del autodestructivo y, así, puedan también disfrutar, junto a sus seres queridos, de ratos de diversión y ocio. A los autodestructivos les encanta pensar primero en los demás, así que no es conveniente que rechacemos aquello que tienen para darnos. No debemos sentirnos incómodos por sus constantes atenciones, a ellos les encanta, así que no vale de nada discutir con ellos. Pero es importante tener cuidado para no aprovecharnos de la buena disposición de estas personas, ya que a veces no saben poner límites. Es posible que el autodestructivo no se dé cuenta de lo que realmente necesita la otra persona, así que conversar sobre las necesidades de cada una de las partes puede ayudar mucho a mejorar la relación con un sujeto de estas características.

13.2.3. *El trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad: diagnóstico*

Según el DSM-III-TR, la característica esencial del trastorno autodestructivo de la personalidad es un patrón patológico de conducta autodestructiva. La persona puede evitar

Cuadro 13.1. *Criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) para el trastorno autodestructivo de la personalidad.*

DSM-IV-TR (Apéndice B)	CIE-10
A) Un patrón patológico de conducta autodestructiva que empieza al principio de la edad adulta y se presenta en gran variedad de contextos. El sujeto a menudo puede evitar o desestimar las expectativas satisfactorias, dejarse arrastrar por situaciones o relaciones que le van a acarrear un sufrimiento e impedir que los demás le presten ayuda, como se pone de manifiesto por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas: 1. Elige personas o situaciones que conducen a la frustración, al fracaso o al maltrato, incluso cuando existen claramente disponibles opciones mejores. 2. Rechaza o hace inútiles los intentos de ayuda de los demás. 3. Después de acontecimientos personales positivos, responde con depresión o con una conducta que ocasiona dolor (p. ej., un accidente). 4. Suscita respuestas de ira o de rechazo en los demás y luego se siente herido, frustrado o humillado. 5. Rechaza las ocasiones de experimentar placer o es reacio a reconocer que se divierte (a pesar de poseer unas habilidades sociales adecuadas y la capacidad para experimentar placer). 6. Fracasa en la consecución de tareas cruciales para sus objetivos personales, a pesar de tener una demostrada capacidad para hacerlo. 7. No está interesado en, o rechaza a, la gente que habitualmente le trata bien. 8. Se implica en un autosacrificio excesivo que no le es solicitado por los supuestos beneficiarios del mismo. *B)* Las conductas descritas en A no se presentan exclusivamente en respuesta a, o en anticipación de, ser objeto de abusos físicos, sexuales o psicológicos. *C)* Las conductas descritas en A no se presentan únicamente cuando el sujeto está deprimido.	La CIE-10 incluye en el apartado del trastorno de la personalidad por dependencia algunos diagnósticos que podrían tener síntomas autodestructivos, tales como: • Personalidad derrotista. • Trastorno derrotista asténico de la personalidad.

o descartar, a menudo, experiencias agradables, dejarse arrastrar a situaciones o relaciones con las que sufrirá e impedir que los demás le presten ayuda. La CIE-10 no incluye ese trastorno como tal en su sistema de clasificación.

13.2.4. *Características clínicas*

Los individuos con un TADP parecen tener una extraña tendencia a perjudicarse a sí mismos, acumulando contratiempos y frustraciones. Atribuyen sus éxitos a la suerte e infravaloran cualquier acontecimiento positivo que les suceda. En sus relaciones de pareja suelen descartar a las personas que les manifiestan un interés verdadero porque las consideran aburridas y, por el contrario, parecen sentirse atraídos por personas poco sensibles o incluso sádicas (Millón y Davies, 2001). A continuación se muestran los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos del trastorno autodestructivo de la personalidad en los cuadros 13.2, 13.3, 13.4, 13.5 y 13.7.

Cuadro 13.2. *Aspectos conductuales característicos del TADP.*

- Ofrecen ayuda que no les ha sido solicitada.
- Son excesivamente generosos con los demás.
- No aceptan los esfuerzos de los otros para ayudarles.
- Permiten que los demás les exploten, les traten mal o se aprovechen de ellos.
- Se distancian de las personas que les apoyan.
- Son sumisos y autosacrificados.
- Se sitúan siempre en un segundo plano.
- Manifiestan una conducta aparentemente sencilla y cumplidora.
- Antes de competir prefieren apartarse del camino para que la otra persona triunfe.
- Su recompensa es la satisfacción que consigan los demás.

Cuadro 13.3. *Aspectos cognitivos característicos del trastorno TADP.*

- No toleran el éxito ni el placer, pero sí la labor rutinaria.
- Atribuyen los logros a la suerte o a los demás.
- No les gusta pedir favores.
- No se esfuerzan en progresar.
- Se asustan ante sus propios sentimientos agresivos, por lo que suelen negarlos.
- Se sienten atraídos por quienes les maltratan.
- Tienen una falta de autoestima.
- Creen que merecen ser humillados, avergonzados y despreciados.
- Son vulnerables al miedo, a la pérdida y al abandono.
- No son conscientes de las características de su patrón de comportamiento.

Cuadro 13.4. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TADP.*

Pensamientos automáticos	*Distorsiones cognitivas*	*Esquemas*
"Siempre debo pensar en los demás."	Pensamiento dicotòmico	Vulnerabilidad ajena
"Los demás me necesitan."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad ajena
"Debo facilitarles las cosas a los otros."	Afirmaciones de "debería"	Autosacrificio
"Los demás siempre son lo primero para mí."	Sobregeneralización	Autosacrificio
"Si alguien me necesita debo dejarlo todo para ayudarle."	Afirmaciones de "debería"	Autosacrificio
"Mis necesidades nunca son prioritarias."	Pensamiento dicotòmico	Autosacrificio
"Soy muy inferior a los que me rodean."	Etiqueta global Comparación	Infravaloración
"Si le ayudo es por que sé que me necesita."	Adivinación del pensamiento	Vulnerabilidad ajena

Los sujetos con un TADP reaccionan frente a la amenaza volviéndose vulnerables. Es como si solicitaran que los demás les criticaran, despreciaran o juzgaran. Tienen una baja autoestima y apenas sí reaccionan cuando los otros les pisan. Es más, no son conscientes de su patrón autodestructivo de comportamiento.

Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan algunas distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de un puñado de esquemas básicos, tal y como puede verse en el cuadro 13.4.

Las reacciones emocionales de los individuos con un TADP son diversas y se mezclan de una forma compleja. A veces pueden estar tristes, otras tener un ataque de pánico, otras sentirse angustiados. Cuando se encuentran en presencia de otras personas, están pendientes de ellas, se sienten en tensión y controlan sus emociones. Sin embargo, encuentran sus momentos de relajación y tranquilidad en la intimidad, cuando no hay nadie más presente (véase el cuadro 13.5).

Las personas con un TADP, en su afán de ayudar y cuidar de los demás, pueden agotarse física y mentalmente. Hasta que llega un momento en el que no pueden más, no dejan de preocuparse y de cuidar de los demás. A veces, las consecuencias pueden ser importantes, porque no se preocupan mucho de su propia salud ni de acudir al médico (véase el cuadro 13.6).

Cuadro 13.5. *Aspectos emocionales característicos del TADP.*

- Son felices cuando hacen algo positivo por alguien.
- Controlan sus emociones cuando están en presencia de otras personas.
- Se relajan y abandonan el control emocional cuando están solos.
- Tienen una predisposición a la tristeza y a la depresión.
- Tienen sentimientos disfóricos y desesperanza cuando rechazan la ayuda que ofrecen.
- Tienen sentimientos frecuentes de culpa.
- Experimentan emociones encontradas.

Cuadro 13.6. *Aspectos fisiológicos y médicos del TADP.*

- Pueden caer en la depresión.
- Pueden llegar a agotarse física y mentalmente en su esfuerzo de ayudar a los demás.
- Pueden enfermar gravemente, ya que se resisten a acudir al médico.

Con respecto al impacto que los sujetos con este trastorno pueden tener sobre el entorno se señala que pueden adaptarse a muchos trabajos, especialmente a aquellos que impliquen atención y cuidado para los demás. Es probable que muchas de las personas que se metan en ONG tengan un patrón autodestructivo de comportamiento. Es frecuente que los sujetos con un TADP renuncien a sus sueños y a las metas que habían planificado en sus vidas para dedicarse por completo a alcanzar los sueños y las metas de su pareja (véase el cuadro 13.7).

El cuadro 13.8 muestra una síntesis de aquellas características más relevantes acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TADP.

Cuadro 13.7. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Son capaces de adaptarse a muchas situaciones y condiciones laborales (p. ej., ser mal pagado, trabajar duro, etc.).
- Pueden renunciar a sus objetivos en la vida para ayudar a otras personas, especialmente las más cercanas.
- Tienen problemas en sus relaciones de pareja, ya que parece que quienes los dominan, los utilizan o los rechazan son los únicos que les excitan.
- Pueden encontrar personas que abusen gravemente de ellos.
- El diagnóstico psiquiátrico puede perjudicar a personas atrapadas en relaciones en las que la otra persona abusa de ellos.

Cuadro 13.8. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TADP.*

Visión de uno mismo
- Inútiles, inferiores, despreciables, culpables.
- Merecedores de consecuencias dolorosas.

Visión de los demás
- Crueles, competitivos, injustos, protectores.
- Necesitados de ayuda.

Estrategia principal
- Ayudan a los demás sin que se lo pidan, se sacrifican.
- Asumen las críticas, se resignan, se autohumillan, se autocompadecen.

Epidemiología y curso

Este trastorno parece relativamente frecuente entre los pacientes psiquiátricos. Reich (1987) encontró una prevalencia del 18,3% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y del 5% en la población no clínica. Kass (1987) encontró una prevalencia del 22% en pacientes ambulatorios, Freiman y Widiger (1989) del 8% en pacientes psiquiátricos y Spitzer, Williams, Kass y Davies (1989) del 7% en este mismo tipo de pacientes. El DSM-III-R sugiere que éste puede ser uno de los trastornos más frecuentes en la población clínica. Además, parece que este trastorno es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado que entre la población general (APA, 1987).

La distribución por sexos parece ser mayor en la mujer que en el hombre, con una relación de 1,5 a 1 (Spitzer *et al.,* 1989), de 3 a 1 (Kass, MacKinnon y Spitzer, 1986) o de entre 3 a 2 y 2 a 1 (APA, 1987).

13.2.6. *Diagnóstico diferencial y comorbilidad*

En muchos casos de abusos físicos, sexuales o psicológicos la persona se puede comportar de forma que parezca autodestructiva. En tal caso habrá que ver si la conducta autodestructiva es persistente y no limitada a situaciones de abuso reales o anticipadas. En los trastornos depresivos, la persona puede mostrar también conductas autodestructivas, pero no se hace el diagnóstico de trastorno autodestructivo de la personalidad si las conductas únicamente se presentan cuando el sujeto está deprimido. No obstante, los sujetos con personalidad autodestructiva con frecuencia presentan episodios depresivos mayores o distimia (APA, 1987).

No existen muchos estudios sobre la comorbilidad del presente trastorno. En un estudio se encontró que, de los 17 pacientes diagnosticados con un trastorno autodestructivo de la personalidad, 15 padecían un trastorno del Eje I (Reich, 1987). De éstos, el 53% sufría un trastorno depresivo mayor, el 20% fobias, el 13% un trastorno obsesivo-

compulsivo, el 13% alcoholismo, el 13% un trastorno por ansiedad generalizada, y el 7% un trastorno de pánico.

Son comunes otros trastornos de la personalidad (o al menos algunas características de ellos), sobre todo el trastorno límite, por dependencia, pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo y por evitación (APA, 1987).

13.2.7. *Uso y abuso del diagnóstico de TADP: algunas cuestiones*

Se ha señalado que la inclusión del diagnóstico del TADP en un sistema de clasificación podría tener efectos negativos para las mujeres en distintas áreas (Fiester, 1991). Una es la potencial aplicación inadecuada en el ámbito forense. Por ejemplo, en los casos en los que se ha entablado una acción judicial contra las mujeres por lesionar a sus esposos que las maltratan físicamente, la acusación podría utilizar el diagnóstico de TADP para "culpar" a la mujer por permanecer en la relación de maltrato y desviar la atención de un diagnóstico psiquiátrico legítimo de la defensa, como, por ejemplo, el síndrome del estrés postraumático (el "síndrome de la mujer maltratada"). Además, el diagnóstico de TADP podría utilizarse en los casos en los que está en juego la custodia de los hijos para intentar no dársela a las madres. Sin embargo, Fiester (1991) señala que hasta ese momento no había investigaciones o informes clínicos que abordasen el tema del perjuicio que dicho diagnóstico había producido en las mujeres en los ámbitos clínicos, forenses u otros.

Otro asunto tiene que ver con la situación de las mujeres que están siendo maltratadas. Existe la preocupación de que las conductas incluidas como criterios del TADP sean características de mujeres que están sufriendo abusos físicos, sexuales o psicológicos y que esto pueda llevar a un diagnóstico erróneo de un trastorno de personalidad en sujetos que tienen un trastorno postraumático "crónico" como consecuencia de situaciones de maltrato anteriores. Los críticos del TADP piensan que muchas conductas autodestructivas representan una adaptación o una respuesta ante diferentes tipos de maltrato físico y/o psicológico y que su frecuencia dismimuye o desaparece si se elimina el maltrato (Fiester, 1991).

En resumen, creemos que estas preocupaciones concretadas en presiones de grupos sociales (p. ej., feministas) y políticos hicieron la suficiente presión para que lo que parecía un trastorno relativamente frecuente a final de los años ochenta y principios de los noventa, fuese eliminado en el DSM-IV (APA, 1994). Consideramos que el mal uso que se pueda hacer de un diagnóstico no hace desaparecer el trastorno de las numerosas personas que lo padecen (parece la actitud del avestruz, esconder la cabeza en la tierra ante una situación de peligro). Lo que habría que hacer en tal caso sería regular el uso del diagnóstico y que no se utilizase en determinados ámbitos. Pero lo que parece totalmente absurdo, poco digno de personas que se dedican a aliviar el sufrimiento de los demás, es eliminar de un plumazo un patrón de comportamiento relativamente frecuente en nuestra sociedad, con todo lo que conlleva: reducción de las investigaciones financiadas, de las publicaciones y, en general, un menor progreso en el conocimiento sobre el TADP.

13.2.8. *Etiología*

La mayor parte de las explicaciones sobre la etiología del TADP provienen de la bibliografía psicoanalítica, aunque no hay datos que comprueben estos planteamientos. Norden *et al.* (1995) examinaron la relación entre informes retrospectivos de sujetos sobre el ambiente de su casa cuando eran pequeños y los trastornos de personalidad del DSM-III-R en una muestra de pacientes ambulatorios con un probable trastorno del Eje II. Los rasgos autodestructivos se encontraban asociados con una deficiente relación con los padres y con el abuso sexual en la infancia. Curiosamente, el único trastorno de la personalidad, junto con el TADP, que tenía una fuerte asociación con situaciones problemáticas en la infancia era la personalidad límite. Por otra parte, Reich (1990) encontró una mayor frecuencia de los trastornos autodestructivo y esquizotípico de la personalidad en familiares de pacientes ambulatorios con personalidad autodestructiva que los sujetos control.

Aunque realmente no hay datos fiables sobre la etiología del TADP, Millón y Davis (1998) proponen las siguientes influencias ambientales que pueden desempeñar un papel importante en la aparición del TADP:

a) *Pareja placer-dolor.* Parece ser que en las etapas iniciales de la vida el sujeto no es capaz de relacionar el dolor con quien lo inflige. De hecho, llegan a creer que la persona que proporciona el dolor es la que da protección y seguridad, por lo que se produce un acercamiento y una vinculación a la figura punitiva. Por otro lado, el temor a ser totalmente abandonado genera mucha más ansiedad que la vinculación, aunque de ésta se deriven consecuencias negativas. El comportamiento masoquista también se ve reforzado cuando la figura punitiva no es constante en su manera de reaccionar ante la conducta del niño, mostrándose unas veces frustrante y con actitudes de rechazo y otras veces presentando cuidados excesivos y sentimientos de culpabilidad.
b) *Adquisición de una actitud de autoincapacidad.* Cuando los padres de estos niños únicamente muestran su apoyo y cariño cuando éstos están sufriendo o se encuentran impedidos de alguna manera, es fácil de entender que el niño aprenda a aparentar que está enfermo o en desventaja con el fin de obtener el apoyo y la motivación paternos. El hecho de que estos niños sólo reciban apoyo cuando las cosas van mal, se han hecho daño o muestran alguna deficiencia, provoca en el sujeto el desprecio hacia sí mismo y que se maltrate. Aprenderá que cuanto más impedido se muestre más querido será. Así que tendrá miedo de enfrentarse al mundo por sí mismo y se someterá a la voluntad de los otros.
c) *Aprendizaje de papeles sexuales discordantes.* Los padres constituyen un modelo para el hijo y, por lo tanto, éste aprende de las dificultades observadas en la relación entre ellos discusiones, desconfianza mutua, decepciones, etc.—, sentando las bases para establecer qué significa una relación íntima con otra persona. Así, tenemos los modelos del padre distante y frío, que no se implica en la vida familiar, y el de la madre, irritada, insatisfecha emocionalmente y sin haber conseguido lo-

gros personales, que forman una imagen que el niño adopta profunda y sólidamente. Posteriormente, en la edad adulta, la niña o el niño irán a la búsqueda de lo que han visto en su familia durante la infancia.

d) Incapacidad para integrar las experiencias positivas. El ambiente familiar en la infancia puede ser el de un mundo indiferente e hiriente, un mundo en el que se toman represalias cuando expresa lo que siente y piensa, y atención y afecto cuando ofrece una posición inferior y de discapacidad. Posteriormente, en la vida adulta, buscarán ese mismo ambiente, por lo que se distanciarán de las relaciones amables y de apoyo. No buscan solamente lo que les pueda hacer sufrir, sino que también provocan nuevas dificultades y son propensos a ver lo peor de la vida. "Sentirse desatendidos y despreciados y vivir en un mundo de fracaso y miseria les proporciona una sensación perversa de seguridad vital" (Millón y Davis, 1998, p. 624).

13.2.9. *Evaluación*

Othmer y Othmer (1996) ofrecen algunas sugerencias a la hora de hacer una entrevista a los sujetos con un TADP. El hecho de pensar que la relación terapéutica con estos sujetos puede ser aparentemente fácil es el principal problema con el que se encuentran la mayoría de los clínicos a la hora de entrevistar a estos pacientes. Estos individuos a menudo seleccionan la información que van a dar con el fin de parecer víctimas. Es en este punto donde el entrevistador se dará cuenta de que la relación con estas personas no es tan simple como en un principio parecía. De hecho, no es difícil ver cómo el clínico queda atrapado en el juego del sujeto. El enfrentamiento con estos individuos puede hacer que se sientan criticados y ofendidos. Si se les plantea que el sacrificio de sus intereses se lleva a cabo para obtener más muestras de cariño por parte de los demás, se sentirá horrorizado y le tacharán de poco comprensivo. Si se le sugiere que su comportamiento es autodestructivo, verá amenazada su identidad y perderá interés por la entrevista. Por otro lado, la empatia en este trastorno tampoco es útil, pues devalúa el autosacrificio que hace el sujeto. El TADP frustra cualquier tipo de ayuda. Sólo si el paciente toma conciencia de sus características será posible ayudarlo.

En cuanto a los instrumentos para la evaluación del TADP, se pueden utilizar algunos generales que evalúan todos los trastornos de la personalidad, las entrevistas semiestructuradas SCID-II o la IPDE, o cuestionarios de autoinforme como el MCMI-III (Millón *et al.,* 1994) o el CEPER (Caballo, 1997b). Existe también algún cuestionario específico para la evaluación del TADP, como la "Escala de la Personalidad Autodestructiva de Schill" *(Schill's Self-defeating Personality Scale;* Schill, 1990).

13.2.10. *Tratamiento*

La terapia para el trastorno autodestructivo de la personalidad no es fácil. El clínico suele sorprenderse de cómo el paciente sabotea las interacciones positivas, rechazan-

do cualquier relación en la que se le trate de manera adecuada. Es frecuente observar cómo necesitan el cariño de quienes los maltratan, con quienes crean un vínculo de unión basado en la sumisión. Mediante este comportamiento de entrega a los demás se demuestran a sí mismos que los otros los necesitan. La resistencia al tratamiento, debido a su necesidad de ser sumisos ante los demás, junto a los esquemas autoderrotistas, que estas personas tienen quizá desde su infancia, hace que la intervención con estos sujetos sea lenta. Por otro lado, el hecho de hacer ver a estos pacientes que el éxito y el placer les provoca temor, no es una tarea fácil, pues no están acostumbrados a recibir recompensas a partir de una relación basada en la igualdad y el respeto.

A medida que avanza la terapia, podremos observar cómo finalmente se consigue que estos sujetos progresen, pero la lentitud de los cambios y la resistencia del autodestructivo a adoptar nuevas formas de interacción hace necesario que el clínico presente una gran dosis de paciencia y tolerancia. Finalmente, lo que se pretende es aumentar la autoestima de estas personas y combatir las ideas y conductas autodestructivas, así como sentar las bases para un autoconcepto más saludable. Es importante también restablecer el equilibrio entre placer-dolor, ya que muchos de estos sujetos han aprendido a identificar amor con abuso o dolor. El entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales puede ayudar al sujeto a relacionarse con los demás de una forma más equitativa (Millón y Davis, 1998).

13.3. El trastorno sádico de la personalidad

13.3.1. *Revisión histórica*

Al igual que sucede con el término masoquista, fue Krafft-Ebbing (1898) quien utilizó por primera vez el término sadismo para describir el deseo de provocar dolor en el objeto sexual. Posteriormente Freud elaboró el concepto como un elemento de la agresividad masculina (Fiester y Gay, 1991). El trastorno sádico de la personalidad se incluyó por primera vez en el Apéndice del DSM-III-R denominado "Categorías diagnósticas propuestas que requieren estudios posteriores". Después de notables controversias, no se ha incluido ni en el DSM-IV ni en el DSM-IV-TR.

13.3.2. *Estilo sádico de personalidad: El tipo cruel*

Los individuos que presentan un estilo sádico de personalidad han nacido para mandar y presentan un carácter mucho más fuerte que las demás personas. Su necesidad innata de dominar se refleja en todos los ámbitos. Nunca temen al fracaso, aunque las responsabilidades que tengan que asumir sean muy grandes, y compiten con la confianza de los ganadores. En numerosas situaciones estos sujetos asumen muchas de las responsabilidades de otras personas, siendo hábiles y competentes para ello, lo que puede ser muy

útil. Pero si estos rasgos se intensifican, puede resultar problemático, ya que es probable que la persona deje de lado la ética, haciendo lo posible por dominar, conseguir poder y alcanzar lo que pretende en detrimento de las necesidades de los otros. Oldham y Morris (1995) plantean una serie de características típicas de este estilo de personalidad:

- Ejercen con naturalidad el poder, la autoridad y la responsabilidad.
- Las estructuras de poder en las que mejor funcionan son las tradicionales, donde cada puesto está bien delimitado y las líneas de mando están claras.
- Muy disciplinados, suelen imponer reglas de orden a sus subordinados.
- Hacen lo que sea para que las metas que tienen propuestas se cumplan.
- Son muy valientes en todas las situaciones.
- Son bastante agresivos físicamente.
- Les gusta la acción y la aventura.
- Tienen grandes impulsos sexuales e inclinación por lo físico.
- Tienen un gran control sobre sus emociones.
- Pueden parecer insensibles cuando subordinan los sentimientos a los resultados de su trabajo.

Este tipo de sujetos son los "jefes" tanto en el ámbito laboral como en el familiar. Si no se cuestiona su forma de hacer las cosas pueden llegar a ser incluso cariñosos con los suyos. Pero pueden atacar duramente aquello que consideren una deslealtad por parte de otra persona con el fin de intentar reinstaurar su poder. No obstante, este talento para la dirección que presentan las personas sádicas se pone mejor de manifiesto en el trabajo. Son los contrincantes más duros que nadie pueda tener, ya que cuanto más difícil es la lucha más disfrutan y nunca se desalientan. No se preocupan por lo que es más honrado o correcto, sino que cualquier medio que les facilite conseguir sus objetivos es válido para ellos (piensan que el fin justifica los medios). Son poco tolerantes con el derroche y la ineficacia, pero ante la deslealtad resultan intransigentes. Por lo general no reaccionan de forma impulsiva por mucho que les afecte algo, a no ser que estén enfadados y pierdan el control. En estos casos pueden utilizar su gran ira para atemorizar a los demás, ya que creen ser personas a las que todo les está permitido.

Su tendencia a dominar hace que formen buena pareja con gente confiada y tolerante, pero que conserven su independencia y autoestima, ya que es posible que se aprovechen de personas con grandes tendencias dependientes o autodestructivas. Los que mejor combinan con los sádicos son sujetos con características moderadamente dependientes, autodestructivas y evitadoras. Si su compañero tiene rasgos obsesivo-compulsivos puede favorecer que la relación dure, exceptuando los casos de personas sádicas que violan normas morales para conseguir mantener su poder, ya que eso no lo tolerarán los obsesivo-compulsivos, que suelen ser muy moralistas. Con los estilos de personalidad que no se llevan bien son aquellos que necesitan ser controladores como los límite, los paranoides y los muy obsesivo-compulsivos. Tampoco con aquellos que puedan provocarles celos, como los histriónicos, o con los que prefieren llevar ellos mismos las riendas de su vida, como los narcisistas.

• Cómo relacionarse con un tipo sádico

Oldham y Morris (1995) hacen una serie de sugerencias útiles a la hora de relacionarnos con una persona con un estilo sádico de personalidad. Si las personas que se relacionan con tipos sádicos aceptan que son ellos los que mandan y no les importa quedar en segundo plano, la vida con los sádicos puede llegar a resultar fascinante al ser, frecuentemente, personas interesantes y muy carismáticas. No es aconsejable competir con ellos ni si quiera para ganarse su respeto, ya que son personas que prefieren rodearse de gente competente y leal, pero que tenga menos poder. En los casos donde se entre en competencia, si nos importa el sádico, es mejor que le dejemos salvar las apariencias. Es conveniente no traspasar los límites que tal vez haya establecido él en cuanto al papel que debe desempeñar la otra persona dentro de la pareja o en cuestiones de trabajo. La mejor actitud a la hora de relacionarse con un sádico es mantenerse firme y hacerse valer, sin resultar desafiante, ya que para ellos es muy fácil intimidar, aprovecharse y perderle el respeto a los demás, por lo que no hay que convertirse en sumisos para ganar su amor y su respeto. A la hora de resolver los posibles conflictos es mejor no insistir para que reconozca su culpa o error, sino negociar para que se dé cuenta de que para la otra persona **también** hay cosas importantes que quiere decir o hacer. Es mejor explicarle las cosas basándose en razones, insistiendo en los beneficios que puede aportarle una idea o situación concreta y no apelar a los sentimientos, ya que los sádicos muchas veces no dan importancia a lo que siente la otra persona. Cuando el agresivo es nuestro jefe o progenitor es mejor no enfrentarse a él, sino hacerle ver que acatamos las normas que impone y después hacer las cosas a nuestra manera. Debido al fuerte carácter de los sádicos, ante un conflicto es mejor alejarnos hasta que se les pase el enfado y no contestarles o desahogarnos delante de ellos.

13.3.3. El trastorno sádico de la personalidad: diagnóstico

Según el DSM-III-R (APA, 1987), la característica esencial del trastorno sádico de la personalidad consiste en un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva, dirigida hacia los demás. Los criterios diagnósticos se muestran en el cuadro 13.9. La CIE-10 no incluye este trastorno en su sistema de clasificación.

13.3.4. Características clínicas

Las personas que presentan un trastorno sádico de la personalidad se caracterizan por experimentar un placer intenso cuando humillan y frustran a los que tienen a su alrededor. Tienen un sentido especial para descubrir los defectos y las debilidades ajenas y lo aprovechan para explotar emocionalmente al otro. De esta forma, el sádico consigue sentirse superior y con el dominio sobre aquellos que quedan aplacados bajo la hostilidad que lo caracteriza. Los cuadros 13.10, 13.11, 13.12, 13.13 y 13.14 muestran las características conductuales, cognitivas, emocionales y fisiológicas que frecuentemente presentan los individuos con un trastorno sádico de la personalidad.

Cuadro 13.9. *Criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) para el trastorno sádico de la personalidad.*

DSM-III-R	CIE-10
A) Un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva, dirigida hacia los demás, que comienza al principio de la edad adulta y que se manifiesta por la presentación repetida de al menos cuatro de las siguientes características: 1. Haber utilizado la crueldad o la violencia física con el fin de establecer la dominancia en una relación (no sólo para alcanzar algún objetivo no interpersonal, como puede ser golpear a alguien con el fin de robarle). 2. Humillar o dar un trato vejatorio a alguien en presencia de otros. 3. Tratar o castigar con excesiva dureza a alguien que está bajo su control. 4. Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de otros (incluidos los animales). 5. Mentir con el fin de causar daño o dolor a otros. 6. Conseguir que otras personas hagan lo que él/ella quiere atemorizándolas. 7. Limitar la autonomía de la gente con la que se tiene una íntima relación. 8. Sentir fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura. B) La conducta descrita en A no se ha dirigido únicamente hacia una persona (por ejemplo la esposa o un niño) ni ha tenido como único fin la excitación sexual (como el sadismo sexual).	La CIE-10 no incluye este trastorno en su clasificación.

Cuadro 13.10. *Aspectos conductuales característicos del TSP.*

- Comportamiento brusco, agresivo y beligerante.
- Opiniones dogmáticas.
- Reacciones imprudentes y temerarias.
- Comentarios denigrantes hacia los demás.
- Comportamiento sexual abusivo.
- Utilización de la humillación, el sarcasmo, la amenaza y la violencia física para conseguir el respeto de los demás.

Cuadro 13.11. *Aspectos cognitivos característicos del TSP.*

- Son suspicaces ante las expresiones de afecto por parte de los demás.
- Captan fácilmente los elementos sutiles de la comunicación.
- Son rígidos en sus creencias y valores.
- Son intolerantes y con prejuicios sociales.
- No parecen tener conciencia de sus acciones destructivas.
- Carecen totalmente de empatia.
- Están orgullosos de ser autoritarios, dominantes y competitivos.
- Les atraen los desafíos, el riesgo y el peligro.

Los sujetos con TSP se caracterizan por presentar unas formas agresivas y bruscas hacia los demás y por ser muy susceptibles a los comentarios y críticas ajenas, a las que responden de forma furiosa y vengativa. Utilizan como instrumento la violencia física y la amenaza para amedrentar a los demás y conseguir así su respeto y sumisión. A pesar de que las evidencias puedan ir en contra de sus argumentos, nunca se retractan. En el plano sexual pueden llegar a ser muy abusivos, denigrando a aquellos de su propio sexo o del sexo contrario.

Aunque los sádicos se caracterizan por sus formas bruscas e insensibles, son muy habilidosos a la hora de captar los sentimientos y el estado de ánimo de los demás, lo cual utilizan después para su propio beneficio. Presentan una baja tolerancia a la frustración y dudan siempre de la sinceridad de las muestras de amabilidad que pueda proporcionarles otra persona. Son personas poco tolerantes, sobre todo con los individuos de diferentes grupos sociales y con unos esquemas y valores muy rígidos, por lo que no es fácil que cambien de opinión una vez adoptada una determinada postura. Se sienten orgullosos de ser autoritarios y competitivos y de presentar una imagen de dureza dominante y poderosa. Presentan una serie de pensamientos automáticos negativos que reflejan algunas distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de un puñado de esquemas básicos, tal como puede verse en el cuadro 13.12.

Los sádicos presentan un gran déficit a la hora de sentir y compartir con los demás emociones positivas de afecto, amor o ternura. Al poseer además una extraordinaria capacidad para captar las señales de rechazo o desprecio por parte de los demás, incluso en situaciones aparentemente neutrales, son capaces de responder a ellas mediante una explosión emocional inesperada e injustificada, o bien descargar su ira en otro momento sobre otra persona vulnerable a su ataque, que suelen ser frecuentemente los miembros de la propia familia. Es característico de ellos también el obtener placer mediante el pensamiento o la acción de infligir daño a los demás, regocijándose con el sufrimiento ajeno.

El cuadro 13.14 muestra algunas de las consecuencias físicas que los individuos sádicos pueden experimentar por su estilo de personalidad. Debido a que los sujetos con TSP presentan una actitud desafiante e intimidadora hacia los demás, es probable que en un momento determinado se vean envueltos en una reyerta donde otras personas les hagan frente y puedan resultar dañados físicamente. Incluso pueden ser objeto de algu-

Cuadro 13.12. *Esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos característicos del TSP.*

Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Esquemas
"Es mejor no confiar en nadie."	Sobregeneralización	Desconfianza esencial
"Los fuertes sobreviven, los débiles no."	Pensamiento dicotòmico	Desafío fenomenològico
"La gente tiene que acatar mis normas."	Afirmaciones de "debería"	Necesidad de control del entorno
"Siempre consigo lo que quiero, por las buenas o por las malas."	Sobregeneralización	Necesidad de control del entorno Estar en su derecho
"La vida es lucha y yo siempre gano."	Sobregeneralización	Desafío fenomenològico
"La gente sólo aprende con mano dura."	Sobregeneralización	Crueldad reactiva
"Todo vale cuando quiero conseguir algo."	Pensamiento dicotòmico	Estar en su derecho
"Sólo me siento vivo ante el sufrimiento ajeno."	Sobregeneralización	Crueldad reactiva

Cuadro 13.13. *Aspectos emocionales característicos del TSP.*

- Incapacidad para sentir afecto.
- Temperamento irritable y excitable.
- Explosiones emocionales súbitas y bruscas, de naturaleza injustificada.
- Sienten placer con el dolor ajeno.
- Son insensible al dolor y al castigo.
- Tienen una inusual sensibilidad hacia las muestras de rechazo.
- Muestran una baja tolerancia a la frustración.

Cuadro 13.14. *Aspectos fisiológicos y médicos del TSP.*

- Complicaciones debidas a accidentes o peleas.
- Complicaciones debido al consumo se sustancias psicoactivas.

na venganza dado su comportamiento avasallador, agresivo y explotador con aquellos que consideran más débiles.

En el cuadro 13.15 se presentan algunas de las posibles consecuencias que el TSP puede tener sobre el entorno de los que lo padecen. Es frecuente que abusen de la pareja, de los hijos, de sus subordinados, etc. Pueden igualmente abusar de las drogas y realizar diversas actuaciones bajo sus efectos, como conducir ebrios, maltratar a la pareja bajo los efectos del alcohol, etc.

El cuadro 13.16 muestra un breve resumen acerca de cómo se ven a sí mismos, la visión que tienen de los demás y las estrategias que frecuentemente utilizan en sus relaciones interpersonales los sujetos con un TSP.

Cuadro 13.15. *Posible impacto sobre el entorno.*

- Es frecuente que maltraten a la pareja.
- Suelen abusar de los hijos.
- Si son jefes, suelen maltratar a los empleados.
- Es probable que abusen del alcohol y/o de las drogas, conduciendo bajo sus efectos.
- Cometen frecuentes delitos y pueden acabar en la cárcel.

Cuadro 13.16. *Visión y estrategias interpersonales de los sujetos con un TSP.*

Visión de uno mismo
- Perfectos, sin defectos.
- Asertivos, enérgicos, obstinados, sinceros, fuertes y realistas.

Visión de los demás
- Irresponsables, vagos, débiles, objetos para ser utilizados.
- Por debajo de ellos.

Estrategia principal
- Amenazas y violencia física, crueldad.
- Coacción e intimidación, dominación.

13.3.5. *Epidemiología y curso*

Millón y Tringone (1989), es un estudio con una muestra de pacientes ambulatorios, encontraron una prevalencia del 3% de este trastorno, mientras que Spitzer, Fiester, Gay y Pfohl (1991) hallaron una prevalencia del 2,5% en todos los casos evaluados por psiquiatras forenses durante el último año. Otro estudio encontró una prevalencia del 33% en un grupo de 21 delincuentes sexuales (paidofílicos y violadores), la mayoría de los cuales estaban en prisión (Berger, 1991, en Fiester y Gay, 1991).

En lo que respecta a la distribución por sexos, Gay (1989) encontró que el 67% de los casos estudiados eran hombres y el 33% mujeres. En el estudio de Spitzer *et al.* (1991) con casos de psiquiatras forenses, el 98% eran hombres. Fiester y Gay (1991) señalan que en general la proporción de hombres a mujeres es de 5 a 1 para el TSP.

13.3.6. *Diagnóstico diferencial y comorbilidad*

El trastorno del Eje I que se ha encontrado asociado con más frecuencia al presente trastorno de la personalidad ha sido el consumo de sustancias psicoactivas. Así, en el estudio de Spitzer *et al.* (1991), el 61% sufría este trastorno del Eje I, mientras que el 27% padecía un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico. También hay que diferenciar el TSP del sadismo sexual, donde el sujeto desarrolla la conducta sádica para lograr la excitación sexual (APA, 1987). Con respecto al Eje II, este último estudio halló que el 37-47% de los casos de TSP cumplía también los criterios del trastorno narcisista, mientras que un 67-75% satisfacía los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

Hay sujetos con un TSP que cumplen también los criterios para el trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad (Perry y Vaillant, 1989; Kaplan *et al.,* 1994). Para estos individuos se ha propuesto el diagnóstico de "trastorno sadomasoquista de la personalidad" (Kaplan *et al.,* 1994), que requeriría una mayor elaboración para poder ser incluido al menos como un trastorno que requeriría estudios posteriores.

13.3.7. *Etiología*

Con respecto a la etiología del TSP se ha planteado una posible base biológica para la conducta dominante o los comportamientos violentos y también la posibilidad de abusos sexuales, físicos o psicológicos en la infancia. Millón y Davis (1998) señalan algunos factores probablemente implicados en el desarrollo de la personalidad sádica que se muestran a continuación:

a) *Factores biogénicos.* Dentro de estos factores podemos señalar como posible influencia el *patrón de reacción infantil colérica* que hace referencia a las explosiones temperamentales que algunos niños presentan cuando son todavía unos bebés y que se producen en cualquier situación cuando se sienten frustrados. Estos niños conforme van creciendo van desarrollando lo que se suele denominar como "temperamento caliente" y que se manifiesta mediante conductas intimidatorias hacia sus iguales. Este mal comportamiento avivará en los demás la hostilidad y la violencia y estos sujetos, a su vez, aprenderán a esperar siempre agresividad.

b) *Factores ambientales.* Dentro de este apartado, el factor que se hipotetiza con un mayor peso sobre el desarrollo de este tipo de trastorno de la personalidad es la *hostilidad parental.* Los niños que por su temperamento resultan difíciles de tratar suscitan en sus padres reacciones negativas y si, además, éstos los etiquetan como unos suje-

tos insufribles e intratables, puede comenzar ahí una relación de enemistad padre-hijo que posiblemente llegue a durar toda la vida. No obstante, esa enemistad puede surgir al margen del temperamento del niño, por otras razones tales como que los padres descarguen sus frustraciones laborales y/o conyugales sobre su hijo. La exposición a la crueldad y dominación parentales influirá en el desarrollo de la personalidad sádica del niño, sobre todo cuando los mensajes que éste reciba se refieran a su capacidad para dañar a los demás y para influir sobre el estado de ánimo ajeno.

Otro factor importante es el *aprendizaje vicario.* La exposición a comportamientos hostiles por parte de los padres en la infancia sirve de guía al niño para aprender cómo hay que relacionarse con los demás. El comportamiento desconsiderado resulta un modelo que el niño va a seguir cuando se enfade o se siente frustrado con alguien y así lo exteriorizará en esas situaciones.

13.3.8. *Evaluación*

La dificultad a la hora de evaluar a las personas con este trastorno estriba en que es poco común encontrar pacientes que admitan lo cruel y agresivo de su conducta. Othmer y Othmer (1996) proponen algunos consejos para enfrentarse de forma eficaz a un paciente sádico cuando surge la posibilidad de poder entrevistarlo. Estos pacientes se muestran fascinados cuando se intensifica su dominio y tortura y al empezar la entrevista es probable que intenten intimidar e incluso hacer sufrir al clínico, con el fin de imponerle su propia voluntad. Es conveniente que, cada vez que el paciente profiera amenazas encubiertas, el entrevistador le indique que las concrete, con el fin de aclararle que no puede intimidarle de la forma indirecta que pretende y subestimar la crueldad de la que se jacta. Una vez que el paciente sádico concrete las amenazas, el clínico deberá permanecer tranquilo, sin demostrar miedo ni intimidación. Le expresará su incomprensión ante la gran fascinación del paciente por la crueldad y la violencia, mostrándose, además, poco impresionable. Lo siguiente será no creer en la amenaza del sádico, haciéndole ver que no podrá conseguir nada con ella, pero sin contraatacar. Para evitar el enfrentamiento es aconsejable que proponga un tema de conversación más legítimo con el paciente.

Como instrumentos de autoinforme se pueden utilizar el MCMI-III (Millón *et al.,* 1994), a la hora de evaluar el TSP, o el CEPER (Caballo, 1997b; Caballo y Valenzuela, 2001) para medir el estilo sádico de la personalidad.

13.3.9. *Tratamiento*

Con frecuencia, los sujetos sádicos no son conscientes de su déficit a nivel interpersonal y del malestar que causan. Por ello, es probable que no acudan a tratamiento o que si lo hacen sea por haber sido presionados por otras personas. Dado que es imposible obligar a estos sujetos a que se impliquen sinceramente en el tratamiento, es probable que los

procesos terapéuticos propuestos no lleguen a alterar de forma significativa su estructura de personalidad patológica.

Como objetivos terapéuticos se proponen incrementar la sensibilidad interpersonal y reducir la hostilidad y la labilidad emocional de estos individuos.

La intervención conductual se puede enfocar hacia la sintomatología agresiva e impulsiva. Algunas técnicas que proponen Millón y Davis (1998) son:

- Entrenamiento en técnicas de autocontrol para el manejo de la ira.
- Entrenamiento en técnicas de relajación (para ayudarle a controlar la frustración).
- Desensibilización sistemática mediante una jerarquía de las situaciones que más suscitan su ira.
- Entrenamiento en habilidades sociales (con el fin de que se comporte de forma más asertiva, reduciendo la probabilidad de que reaccione de forma hostil ante estímulos desencadenantes).
- Programa de manejo de contingencias (aunque parece más útil en contextos institucionalizados).
- Terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1990), con el fin de ayudar al paciente a reevaluar las consecuencias de su comportamiento agresivo y cambiar su forma de pensar rígida por un número de cogniciones más amplio.

Dada la heterogeneidad de los individuos que presentan un TSP, es conveniente hacer un buen análisis funcional que ayude al clínico a identificar los estímulos ambientales que ejercen una función instrumental en el mantenimiento de las conductas agresivas y hostiles.

13.4. Conclusiones y tendencias futuras

En este capítulo hemos visto dos trastornos de la personalidad (TT PP) descartados del DSM-IV y el DSM-IV-TR. Las razones de esta situación las debemos buscar más en presiones de diversos grupos sociales que en la naturaleza de los mismos trastornos. El TADP parece un patrón de comportamiento bastante común y no es ajeno a muchos clínicos hoy día. Sin embargo, la postura científica parece que ha tenido que claudicar ante las oscuras pretensiones de grupos de presión más interesados en imponer sus puntos de vista que en descubrir las verdaderas razones de un tipo de comportamiento. Extraña forma de luchar por la mejora de la calidad de vida de las personas. Seguirá siendo difícil saber más sobre el TADP, así como poder evaluarlo y modificarlo. Existen numerosos problemas igualmente con el TSP. Este trastorno es, quizá, uno de los más difíciles de modificar. Si por su propia naturaleza, todos los TT PP son difíciles de abordar, el TSP conlleva dificultades añadidas. Además, su desaparición de las últimas ediciones del DSM tampoco ayuda a ampliar los conocimientos sobre dicho patrón de comportamiento. Y mucho nos tememos que ambos trastornos van a seguir relegados y olvidados en los próximos años y en las nuevas ediciones de los principales sistemas de clasificación nosológica.

14

Alteraciones y cambios de personalidad después de daño cerebral

Carmen Orozco, Miguel Meersmans, Antonio Verdejo y Miguel Pérez
Universidad de Granada (España)

El caso de Phineas P. Gage

En el verano de 1848, en Nueva Inglaterra, Phineas P. Gage, un capataz de construcción de veinticinco años de edad, recibe el impacto de una barra de hierro como consecuencia de una explosión accidental. El proyectil entra por su mejilla izquierda, perfora la base del cráneo, atraviesa la parte frontal de éste y sale a través de la parte superior de la cabeza. Phineas Gage fue lanzado al suelo; consciente, mostró unos cuantos movimientos convulsivos en las extremidades y, a los pocos minutos, habló. La barra, con cinco kilos y medio de peso, metro y cinco centímetros de longitud y dos centímetros y medio de ancho cayó a treinta metros del lugar de la explosión.

Los relatos de los médicos que le atendieron indican que la abertura del cráneo tenía alrededor de cuatro centímetros, rodeados de una fractura de cráneo de otros cinco centímetros de diámetro. Gage no sólo sobrevivió a la explosión, permaneciendo consciente y con capacidad de andar y ser coherente, sino que además sobrevivió a la inevitable infección que se extendió por la herida. La recuperación a nivel motor fue completa. También podía sentir, oír y ver con el ojo derecho y no tenía alteraciones aparentes en el lenguaje. Sin embargo, tras la fase aguda, se revelaron otro tipo de secuelas: el que fue un trabajador valorado por su capacidad y seriedad se

transformó en una persona irreverente, blasfema, obstinada, caprichosa, incapaz de terminar planes y con un especial apego por objetos y animales. Todos estos rasgos eran radicalmente nuevos en él. Tan radical fue su cambio que amigos y conocidos apenas podían reconocer al hombre que fue anteriormente. Perdió su trabajo a consecuencia de su carácter y no fue capaz de mantener los nuevos empleos.

Años después, su salud empeoró notablemente y siguió siendo incapaz de mantener un empleo. El final llegó en 1861, cuando tenía 38 años de edad. Gage fue víctima, al parecer, de un *status epilepticus* (estado epiléptico), condición en la que las crisis epilépticas generalizadas se producen continuamente, pudiendo llegar a producir la muerte.

14.I. Introducción

Las observaciones clínicas de los cambios en la personalidad debidos a daños en el sistema nervioso central vienen de mucho tiempo atrás. Esta y otras descripciones de pacientes con extraños cambios en sus conductas han llevado a asociar las alteraciones de la personalidad con lesiones en las áreas corticales relacionadas con el sistema límbico, como son la región prefrontal y las áreas mesiales de los lóbulos temporales (Gainotti, 1996).

La primera cuestión que surge es si esas alteraciones de la personalidad son la causa directa de un daño cerebral o si se deben a otros procesos distintos, como puede ser una reacción emocional normal ante el daño neurològico. Los déficit cognitivos y las incapacidades que éstos generan provocan reacciones de frustración, ira, irritabilidad o depresión en los pacientes. Los datos aportados por el trabajo clínico con estos pacientes y con sus familiares pueden ayudar a encontrar la respuesta. Estos cambios han sido recogidos tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000) como en la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 (CIE-10; OMS, 1992).

Sin embargo, además de los cambios de personalidad debidos a un daño cerebral traumático, también se han descrito "personalidades" asociadas a grandes entidades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson y la epilepsia del lóbulo temporal.

14.2. El cambio de personalidad en el daño cerebral

Dada la complejidad de este campo, que une personalidad y sistema nervioso central, la investigación científica, en su mayoría, ha comenzado estudiando en detalle uno de los niveles implicados, esperando obtener así detalles suficientes que nos permitan ir aclarando el campo global y desarrollar un modelo general de personalidad en relación con sus bases neurobiológicas. De este modo, muchos trabajos han empezado centrándose en algunos aspectos de la personalidad tales como las emociones y otros rasgos de la misma (Cripe, 1996).

Las personas cercanas a los pacientes que han sufrido un daño cerebral informan, frecuentemente, de cambios en la personalidad. Tanto es así que es el cambio más comúnmente advertido por los familiares (Kreutzer, Marwitz, Seel y Serio, 1996). Estas alteraciones suelen ser lo suficientemente profundas como para que los familiares consideren que están viviendo con una persona "diferente" (Cripe, 1996). Aunque la forma y la intensidad de estas quejas varían, el tema es siempre el mismo: la personalidad ha cambiado desde el daño cerebral.

Antes de adentrarnos en esta área, hemos de considerar que el daño cerebral y, sobre todo, los traumatismos craneoencefálicos, suelen afectar a más de un sistema, como el frontal y el temporal. De este modo, los déficit que presentan los pacientes no corresponden a patrones específicos de alteraciones emocionales y de personalidad que puedan definir un perfil propio de una etiología.

Ante los cambios que aparecen tras el daño, surge la cuestión de la etiología de éstos, lo que supone un importante reto para la investigación. Desde la clínica, estas relaciones se complican, ya que emergen multitud de factores; es decir, hemos de tener en cuenta desde los fármacos hasta los daños, así como las características personales y sociales de cada paciente, que son idiosincrásicas. Sin embargo, uniendo las propuestas de grandes expertos en el tema como Prigatano (1986, 1987), Gainotti (1993) y Cripe (1996), se podría proponer que: 1) el cambio puede ser una consecuencia directa del daño cerebral debido a una lesión en el sistema responsable de determinadas funciones; 2) un segundo factor que se debe tener en cuenta sería la personalidad previa del paciente, con y sin alteraciones; 3) un tercer mecanismo podría ser la interacción que pudiera establecerse entre los dos factores anteriores, es decir, los déficit y la personalidad previa; y, 4) podríamos considerar también la reacción del paciente y de su red social tanto a los déficit como a los cambios que comportan.

Los patrones de daño cerebral que se observan en los pacientes son diversos. Existen alteraciones en la personalidad claramente debidas al daño cerebral como el *afecto pseudobulbar, o* aquellos cambios bruscos especialmente llamativos como la desinhibición sexual, la ausencia de experiencia emocional o la agitación. Los pacientes con manifestaciones conductuales de este tipo representan dramáticas evidencias de cómo las alteraciones cerebrales pueden provocar cambios obvios de personalidad. Existen otros pacientes que presentan unas manifestaciones neuroconductuales más sutiles. Las conductas no son tan extrañas como en los casos anteriores, sino que pueden tener problemas de disminución de energía, falta de iniciativa, problemas de sueño, impaciencia, irritabilidad, baja tolerancia al estrés, ansiedad o depresión. Lo que hace sospechar que estos problemas puedan tener su base en el daño neurològico es la frecuencia con la que aparecen: son tan frecuentes en estas poblaciones que, aunque estén menos ligados al daño cerebral, parece probable que estén ligados a los cambios en los mecanismos cerebrales (Cripe, 1996).

Finalmente, existen pacientes con cambios en la personalidad que no son debidos a la alteración cerebral. Todos los individuos que sufren un daño de este tipo tenían unos rasgos de personalidad establecidos. La alteración neurològica es un evento muy significativo para el paciente y supone un reto como pocos en su vida y en la de sus familiares. Este evento y los déficit que de él se derivan interactúan con la personalidad del indivi-

duo produciendo respuestas idiosincrásicas, que en algunos casos pueden ser exageradas. Así, los problemas en el ajuste se deben más a sus bien establecidos estilos de adaptación que al daño cerebral. Los problemas de ajuste no sólo aparecen en el paciente, sino también en sus familiares, ya que, para éstos, el daño supone un gran cambio tanto en sus relaciones con el paciente como en las que mantiene con su entorno.

La experiencia clínica, por tanto, aporta datos que pueden ser útiles en la descripción e investigación de los cambios de personalidad debidos a alteraciones cerebrales:

- El daño cerebral puede alterar y cambiar la personalidad.
- En ocasiones, ese daño cerebral es la causa obvia de las alteraciones de la personalidad.
- Existen problemas de personalidad más sutilmente ligados al daño neurològico.
- La personalidad previa del paciente (normal o alterada) reacciona ante la importancia del daño cerebral y sus consecuencias directas, pudiendo provocar respuestas extremas; estas reacciones pueden comprenderse estudiando la personalidad del paciente, su situación personal y el daño neurològico.
- El paciente reacciona con sus recursos y su déficit a los cambios que se producen en su entorno familiar y social como consecuencia del propio daño.
- Las reacciones pueden complicar los déficit provocados por el daño neurològico.
- No siempre es posible determinar qué parte de la reacción se debe al daño cerebral, cuál a la personalidad previa, cuál a la reacción del medio y cuál a la interacción entre cada factor, ya que los instrumentos de los que disponemos para evaluar todos estos aspectos son limitados.

Sin embargo, la personalidad es un concepto global y sus causas son complejas, lo que dificulta la investigación de las relaciones cerebro-personalidad. La personalidad y su reflejo, los patrones estables de relación con el medio, requieren de múltiples y muy dispares procesos y habilidades, por lo que su estudio psicobiológico implicaría desentrañar las relaciones entre el cerebro y la percepción, cognición, emoción, motivación y acción, así como las interrelaciones establecidas entre cada uno de estos niveles (Cripe, 1996). Esto pone de manifiesto la dificultad de investigar la naturaleza de las alteraciones de la personalidad como consecuencia del daño cerebral, ya que para ello debemos determinar el grado y el modo en el que están afectados los distintos componentes. Esta tarea se facilitaría si contásemos con un modelo que explicara las relaciones entre los distintos sistemas biológicos, su funcionamiento y lo que cada uno aporta al resultado global, la personalidad.

Por otro lado, hay que señalar que la multitud de componentes de la personalidad hacen que sea más fácil que ésta se vea alterada por una lesión neurològica. Como establecen Kolb y Whishaw (1996): "Prácticamente cualquier alteración de la actividad del sistema nervioso central puede cambiar la personalidad individual" (p. 456). Los mismos autores sostienen que alteraciones en alguno de estos componentes pueden cambiar de forma estable los modos de relación del paciente. Así, alteraciones en funciones ejecutivas, como la determinación del cuándo desarrollar una conducta y la intensidad de ésta, pueden provocar conductas impulsivas, desproporcionadas e incluso inadecuadas para

situaciones concretas. Del mismo modo, una lesión en las motoneuronas del neocórtex premotor que inervan el núcleo motor bulbar pueden provocar bruscas explosiones de risa o llanto ante estímulos no demasiado provocadores de esas emociones *(afecto pseudobulbar)* (Parvizi, Anderson, Martin, Damasio y Damasio, 2001).

En resumen, se han encontrado numerosas evidencias, tanto en investigación básica como en las observaciones clínicas, de la relación que existe entre el cerebro y la personalidad y cómo esta relación responde de los cambios que aparecen tras un daño neurològico. La mayoría de estos cambios han sido recogidos por los dos principales sistemas de clasificación de alteraciones mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR;* APA, 2000) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992).

14.3. Clasificación y diagnóstico

14.3.1. *Nosología de los trastornos mentales orgánicos*

Los trastornos mentales se han dividido tradicionalmente en funcionales y orgánicos, dependiendo del grado en que aparezcan asociados a un daño cerebral obvio. El término orgánico se ha empleado en una gama muy amplia de alteraciones cognitivas y conductuales entre las cuales se encuentra el grupo que comprende los trastornos mentales secundarios (Csernansky, Black y Faustman, 1996). Dichos trastornos engloban los síndromes clásicos psiquiátricos que emergen junto a una alteración médica que se sabe que afecta al cerebro. Este es el caso del síndrome de Tourette y el trastorno obsesivo-compulsivo secundarios a una encefalitis letárgica o de la psicosis esquizofreniforme asociada a la enfermedad de Wilson. El DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) incluyó estas alteraciones psiquiátricas clásicas debidas a causas orgánicas bajo la etiqueta de trastornos mentales orgánicos, que abarcaba los trastornos mentales debidos a enfermedad médica y los trastornos relacionados con sustancias. En el DSM-IV ambos grupos se escinden en categorías diagnósticas distintas, estableciéndose, por un lado, los trastornos mentales debidos a enfermedades médicas y, por otro, los provocados por sustancias psicoactivas. Esta separación se mantiene en el DSM-IV-TR.

En la clase de alteraciones que nos ocupan no existe aún un cuerpo consistente de conocimientos y datos al respecto. Esto no es del todo sorprendente dado lo extraordinario de algunas de estas alteraciones y lo relativamente reciente que es la aceptación de los criterios diagnósticos. Además, a esto hemos de añadirle que la mayoría de los trabajos carecen de datos neuropsicológicos o de diagnóstico psicopatológico, ya que ambos tipos de profesionales suelen trabajar por separado y empleando una metodología distinta: desde una aproximación neuropsicológica el objetivo es determinar la gravedad del déficit, es decir, se abordan los síntomas dimensionalmente, mientras que desde la perspectiva psiquiátrica se aborda categorialmente la presencia o ausencia del síndrome (Van Reekum, Bolago, Finlayson, Garner y Links, 1996).

14.3.2. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para alteraciones de la personalidad debidas a una enfermedad médica

Las alteraciones de la personalidad debidas a enfermedades médicas se enmarcan dentro de la categoría de trastorno mental por enfermedad médica. Estos se caracterizan por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad. En esta sección se incluyen el trastorno catatònico, cambio de personalidad y el trastorno mental no especificado.

El diagnóstico diferencial ha de distinguir entre la alteración que nos ocupa y los cambios de personalidad asociados a enfermedades médicas crónicas, demencias, delirium y otros trastornos mentales debidos a enfermedades médicas. Los cambios en la personalidad pueden aparecer asociados también a la dependencia de sustancias psicoactivas, siendo más probables cuando la dependencia es prolongada. Del mismo modo, los trastornos mentales pueden conllevar cambios en la personalidad de los pacientes. Finalmente, el diagnóstico de trastorno de la personalidad (Eje II) se distingue porque no existe una enfermedad médica como causa específica del mismo.

Cuadro 14.1. *Criterios para el cambio de personalidad debido a ... (indíquese el tipo de enfermedad médica) (F07.0) según el DSM-IV-TR.*

A) Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio en las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual de comportamiento y que se mantiene como mínimo un año.)

B) Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

D) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

E) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especifíquese el tipo al que pertenece:

- Tipo lábil: si el síntoma predominante es la labilidad afectiva.
- Tipo desinhibido: si el síntoma predominante es el control de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.
- Tipo agresivo: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.
- Tipo apático: si el síntoma predominante es la apatía y la indiferencia.
- Tipo paranoide: si el síntoma predominante es la suspicacia o la ideación paranoide.
- Otros tipos: si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, los cambios de personalidad asociados a crisis comiciales.
- Tipo combinado: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico.
- Tipo no especificado.

14.3.3. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para alteraciones en la personalidad debidas a una enfermedad médica

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) incluye estos trastornos en dos apartados diagnósticos distintos, "Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad médica, lesión o disfunción cerebral" (F07) y el trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico (F06.6), incluido este último en el grupo de "otros trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o enfermedad somática".

Los criterios para el diagnóstico de labilidad emocional orgánica se fundamentan en la existencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral que pueda acompañarse de los síntomas; existe una relación temporal de semanas o pocos meses entre el desarrollo de la enfermedad y el inicio del síndrome psicopatológico; el trastorno mejora cuando remite la presunta causa y hay una ausencia de otra posible etiología que pueda explicar la alteración. Específicamente, se caracteriza por la presencia de incontinencia o labilidad emocionales persistentes, de fatigabilidad y de diversas sensaciones corporales desagradables y dolores atribuibles a un factor orgánico.

Los trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales pueden ser residuales o concomitantes a su causa. Incluyen el trastorno orgánico de la personalidad (F07.0), el síndrome posencefálico (F07.1) (cambios residuales a la recuperación de una encefalitis), el síndrome posconmocional (F07.2) (alteraciones emocionales, cognitivas y de conducta asociadas a una conmoción cerebral) y otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales.

El trastorno orgánico de la personalidad (F07.0) puede implicar cambios en la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos, así como déficit en las funciones ejecutivas, afectando a la capacidad de planificación y previsión de las consecuencias sociales y personales de las propias acciones. Su diagnóstico requiere la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

a) Capacidad reducida para mantener una actividad dirigida a un fin.
b) Alteraciones emocionales, como labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada, cambios rápidos hacia la irritabilidad o la ira, o la apatía.
c) Expresión de las necesidades e impulsos sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales.
d) Trastornos cognitivos en forma de suspicacia, ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, o ambas a la vez.
e) Marcada alteración en el ritmo y el flujo del lenguaje, caracterizado por circunstancialidad, pegajosidad, "sobreinclusividad" e hipergrafía.
f) Alteración del comportamiento sexual (disminución de la actividad sexual o cambio del objeto de preferencia sexual).

Existen numerosas posibilidades de que el daño cerebral produzca algunos de estos cambios. Sin embargo, el *traumatismo cráneo-encefálico,* la *epilepsia del lóbulo temporal* y

la *enfermedad de Parkinson* pueden ser consideradas como las tres grandes entidades de daño cerebral que llevan asociadas alteraciones en la personalidad. La primera conlleva muy frecuentemente cambios generalizados en el paciente, afectando gravemente a la convivencia y la reintegración del mismo. De hecho, ésta es la alteración que implica más quejas de los familiares con respecto a la personalidad de los pacientes. En segundo lugar, expondremos las pruebas a favor de la existencia de alteraciones de la personalidad debidas a daño cerebral en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. La importancia de estas alteraciones reside en que los cambios son tales que han llevado a proponer la existencia del "Síndrome de Personalidad de la Epilepsia del Lóbulo Temporal", lo que, como se describirá más adelante, ha implicado una importante discusión científica y el desarrollo de numerosas investigaciones. Por último, se detallarán los cambios de personalidad asociados a la enfermedad de Parkinson, que ya fueron descritos a finales del siglo **XIX.** Por tanto, desde nuestro punto de vista, la importancia de los cambios de personalidad en esta enfermedad reside, en primer lugar, en la amplia investigación desarrollada durante más de un siglo y, en segundo lugar, en la importancia de estos cambios en el diagnóstico precoz de la enfermedad.

14.4. Traumatismos craneoencefálicos

El traumatismo craneoencefálico es una condición neurológica que conlleva diversas alteraciones. El daño en el tejido no se asocia exclusivamente a la zona que recibe el impacto, sino que se producen otra serie de daños que van a afectar al funcionamiento del paciente. Así, en los traumatismos craneoencefálicos penetrantes, en los que el cráneo es atravesado por un objeto, se producen unos daños primarios, como son la destrucción del tejido a lo largo de la trayectoria del objeto, hemorragia intracraneal y daño a vasos sanguíneos y laceración cerebral y de las meninges. Los daños secundarios que potencialmente pueden producirse incluyen destrucción de tejido durante las intervenciones quirúrgicas, isquemias, edemas, infecciones (como meningitis y abscesos) y epilepsia postraumática. Del mismo modo, diversos daños aparecen en los traumatismos craneoencefálicos cerrados, en los que el cráneo permanece relativamente intacto. Entre los daños primarios encontramos la contusión cerebral en el área del impacto y en el área opuesta, ya que la fuerza ejercida sobre el tejido lo desplaza haciendo que éste choque contra el área opuesta del cráneo. Otros daños aparecen asociados al roce de la cara inferior del cerebro contra la base del cráneo, resultando normalmente dañadas las regiones orbitofrontales y anteromediales. Finalmente, otro daño primario es el denominado daño axónico difuso. A los traumatismos craneoencefálicos cerrados también se les asocian daños potenciales secundarios, como la isquemia, los edemas, los hematomas subdurales, las hemorragias intracraneales, incremento de la presión intracraneal, la hipoxia, la hidrocefalia obstructiva y la epilepsia postraumática.

Como se ha visto, los traumatismos craneoencefálicos producen diversos daños en el tejido que van a conllevar una serie de alteraciones en las funciones cerebrales de los individuos. Los daños son amplios y generalizados a muchas áreas, y no sólo afectan a la estructura del tejido, sino también a su funcionamiento, a su equilibrio neuroquímico.

Entre éstos, los cambios y/o alteraciones de la personalidad están asociados a traumatismos craneoencefálicos moderados o graves. Los cambios hacen que los pacientes sean frecuentemente descritos como inmaduros, no realistas, irritables, faltos de conciencia y sin motivación autodirigida; pueden ser emocionalmente lábiles o hablar y comportarse de una forma socialmente inapropiada; otros presentan ausencia de espontaneidad y falta de interés por el ambiente y, en ocasiones, muestran depresión e ira; asimismo, como grupo, los traumatismos craneoencefálicos experimentan muy frecuentemente el aislamiento social (Prigatano, 1992).

Se han desarrollado algunas investigaciones con inventarios estándar de personalidad. Lanoo, Deyne, Colardyn, Soete y Janes (1997) empleando el *NEO — Five Factor Inventory* (Costa y McCrae, 1991), muestran cambios significativos con respecto al grupo control en algunos factores, apareciendo un mayor neuroticismo, una menor extraversión y conciencia, y una tendencia, sin diferencias significativas, a una menor conformidad. Estas diferencias desaparecían, sin embargo, cuando el grupo de traumatismos craneoencefálicos se comparaba con un grupo con daños traumáticos en otras partes del cuerpo. Estos resultados pueden estar indicando que los inventarios de personalidad estándar no son los adecuados para medir los cambios específicos que conllevan los traumatismos craneoencefálicos (Lanoo *et al.,* 1997). Kurtz, Putnam y Stone (1998) aplicaron el *Revised NEO - Personality Inventory (NEO-PI-R)* en la forma R, versión construida, normalizada y validada para ser contestada por una tercera persona (Costa y McCrae, 1991), y una forma retrospectiva de cambio de la personalidad elaborada específicamente para el estudio. Después de un mes del daño, y permaneciendo aún el paciente en el hospital, los familiares contestaron el NEO-PI-R forma R en función sólo de la personalidad premórbida. A los seis meses, los familiares rellenaron de nuevo el cuestionario en función de la personalidad postraumática y, además, contestaron a la medida retrospectiva de cambio, consistente en una lista de diez adjetivos que exploran los cinco factores. Con este método, que minimiza los efectos de las medidas retrospectivas, los autores encontraron leves cambios en la extraversión entre los dos NEO-PI-R, y una sensación subjetiva de cambio en el neuroticismo medida a través de la escala de estimación de cambio, que no aparece reflejado en las medidas con el NEO-PI-R. Los autores concluyen que la ausencia de cambios sistemáticos en los cinco factores puede ser un indicio de que las variaciones en estos rasgos de personalidad no explican los cambios que muestran los traumatismos craneoencefálicos.

La valoración de las alteraciones de la personalidad en estos pacientes empleando los criterios del DSM no es frecuente. Sobre una pequeña muestra de dieciocho pacientes, Van Reekum *et al.* (1996) encontraron que siete de estos pacientes presentaban alteraciones de la personalidad según el DSM-III (un total de veintidós criterios), ya que seis de esos pacientes cubrían los criterios para más de un trastorno de la personalidad. Con una muestra más amplia compuesta por sesenta pacientes con traumatismo craneoencefálico, Koponen *et al.* (2002) encontraron que, tras un intervalo promedio de treinta años después del daño, el 23,3% de los pacientes presentaba al menos una alteración de la personalidad según el DSM-IV y un 15% presentaba el diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad del DSM-III-R.

Se han desarrollado escalas específicas de listados de adjetivos bipolares que tratan de determinar los cambios que sufren estos pacientes. Brooks y McKinlay (1983) mostraron que los familiares detectaban cambios calificando a los pacientes como con más "mal genio", más dependientes, fríos afectivamente, irritables, inmaduros, infelices, excitables, infantiles, inestables, apáticos, con menor gusto por la compañía de otros, menos enérgicos, menos amables y con la sensación de haber perdido el contacto con ellos.

Se han descrito los cambios en aspectos neuroconductuales específicos más constantes en esta población y sobre estos aspectos se han centrado la mayoría de las escalas desarrolladas para estas poblaciones. A continuación se exponen algunos de los datos existentes sobre estos rasgos que incluyen la irritabilidad, la agitación, la ira, la ausencia de motivación y espontaneidad, la anosognosia y la depresión.

- *Irritabilidad.* Esta característica es la más común en estos pacientes, variando el porcentaje de los mismos que presenta irritabilidad (de un 38% a un 69,1% dependiendo del estudio) (Prigatano, 1992; Parvizi *et al.,* 2001). Es una característica estable en el tiempo y que alcanza niveles de relevancia importantes (Azouvi *et al.,* 1999). Esa alteración no depende de otras variables, por lo que parece ser independiente de otros factores neuropsicológicos, aunque puede emerger como respuesta de afrontamiento.
- *Agitación.* Es un término usado frecuentemente para describir a los pacientes deteriorados tras un traumatismo craneoencefálico, los cuales suelen mostrar un movimiento constante y desinhibido, que suele acompañarse de enfado cuando trata de limitarse (Prigatano, 1992). Aunque suele remitir con el tiempo o la medicación (Hanks, Temkin, Machamer y Dikmen, 1999), esta conducta puede persistir en pacientes propensos a la ira y al comportamiento violento (Prigatano, 1986). La agitación se relaciona con un mal pronóstico en términos de incorporación al trabajo (Bogner, Corrigan, Fugate, Mysiw y Clinchot, 2001). No obstante, el curso clínico de las pacientes que presenta de forma temprana agitación, así como sus bases neurológicas, no han sido completamente determinados todavía.
- *Ira.* El control del enfado o la ira es uno de los problemas que los pacientes con traumatismos craneoencefálicos presentan a largo plazo (Demark y Gemeinhardt, 2002) y se define como una respuesta amenazante y generadora de activación que puede implicar signos de agresión física o ataques verbales contra otro(s). Los problemas de agresividad adquieren relevancia clínica y son más frecuentes en los pacientes con daño en los lóbulos frontales y temporales. No obstante, como en los sujetos sanos, este tipo de respuestas pueden aparecer ante situaciones de frustración.
- *Labilidad emocional* o cambios bruscos de estado anímico. El descenso en el control espontáneo de las emociones es otro problema que comúnmente aparece en esta población, afectando a un 60% de los pacientes.
- *Impulsividad.* Los problemas en el control e inhibición del comportamiento también aparecen en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Teasdale *et al.* (1997) presentan un estudio internacional desarrollado en ocho países distintos cu-

yo objetivo es elaborar un cuestionario para medir la experiencia subjetiva de los pacientes *y* de sus familiares. Los datos recogidos con el Cuestionario Europeo de Daño Cerebral (*European Brain Injury Questionnaire, EBIQ)* indican que los pacientes con traumatismos craneoencefálicos *y* sus familiares muestran mayores niveles de impulsividad que los controles normales y que los pacientes con accidentes cerebrovasculares. Estos datos, junto con el hecho de que no existen diferencias entre países como Francia y Brasil, puede indicar que existe una base neurològica para estos problemas. Respecto a la evolución de estos cambios, Hanks *et al.* (1999) muestran que la impulsividad afecta 10 años después del daño al 64% de los pacientes, según sus propios informes, y al 86%, según sus familiares.

- *Falta de espontaneidad y motivación.* Éste es un concepto referido a la ausencia de expresión espontánea de afecto ante un suceso ambiental determinado. Refleja una ausencia de iniciativa y parece implicar ciertas alteraciones cognitivas en la planificación, la anticipación y la elección de objetivos. En el trabajo de Koskinen (1998) se muestra que, 10 años después del daño, el 40% de los pacientes indica haber perdido interés por el medio, mientras que los informes de los familiares alcanzan el 71%. Este y otros estudios indican la relevancia clínica de ciertos problemas, pero no nos permiten discriminar entre la falta de motivación o espontaneidad y el concepto de pérdida de interés por el ambiente asociado a una reacción emocional ante el daño. Este último grupo tendría más indicadores de depresión, mientras que el primero debería mostrar más pruebas de daño frontal y de los ganglios basales (Prigatano, 1992).
- *Depresión.* La depresión es una de las quejas residuales más frecuentes en el grupo de los traumatismos craneoencefálicos, y es un problema aún no muy bien comprendido en estos pacientes (Ownsworth y Oei, 1998). Las causas de la depresión en los pacientes con daño cerebral son muy distintas, aunque parece ser que el daño neurològico se asocia a la sintomatología depresiva en los primeros meses tras el daño. En cambio, a medida que pasa el tiempo cobran más peso las causas de tipo emocional y psicosocial. Aunque los datos de prevalencia sean una vez más dispares, lo que sí coinciden en mostrar los diversos estudios es que la depresión es más frecuente en estos pacientes que en los controles intactos neurològicamente. Algunos de los factores que pueden estar mediando en esta variabilidad es la ausencia de criterios diagnósticos concretos y el no emplear entrevistas psiquiátricas estructuradas. Starkstein y Lichinsky (2002) recomiendan, por un lado, el uso de los criterios diagnósticos estandarizados, como los que aportan el DSM-IV o la CIE-10, para realizar el diagnóstico y, por otro, el empleo de escalas para determinar la gravedad y evaluar tratamientos y seguimientos. No obstante, el empleo de entrevistas y escalas psiquiátricas debe de hacerse con cautela si el instrumento no ha sido adaptado a esta población; Bowen, Neumann, Conner, Tennant y Chamberlain (1998) exponen ciertas reservas sobre el empleo de escalas para la población normal. Los problemas asociados a este tipo de medidas incluyen que los déficit cognitivos pueden estar afectando a la comprensión, y que muchas de las secuelas propias de los traumatismos craneoencefálicos se solapan con los síntomas comunes de la depresión.

- *Anosognosia y rechazo de las dificultades.* Un problema común entre estos pacientes es la aparente negación de los déficit neuropsicológicos y sus secuelas sociales y emocionales (McGlynn y Schacter, 1989), aunque existen pruebas que apuntan, en algunos casos, a una causa biológica para esta ausencia de conciencia (Prigatano y Altman, 1991).
- *Conducta sexual.* Las disfunciones sexuales afectan a la fase de deseo, activación y al orgasmo y la eyaculación. Las causas son complejas, y pueden deberse a factores neurobiológicos (sobre todo las alteraciones hormonales), los déficit cognitivos y los factores emocionales y de pareja (Aloni y Katz, 1999). Las alteraciones en la fase de deseo conllevan, generalmente, un descenso en la libido y, menos frecuentemente, una incapacidad para iniciar el contacto sexual y una baja motivación para dicho contacto. Las alteraciones en esta fase pueden presentarse con el signo contrario, apareciendo un incremento en la libido y una hipersexualidad, aunque, como indican Aloni y Katz (1999), no son muy comunes. Estos problemas de control no suelen aparecer aislados, sino que están asociados a otros problemas de pérdida del control en otras áreas de la vida del paciente, por lo que se recomienda la realización de una evaluación amplia del estado neuropsicológico, profundizando en la falta de conciencia y de empatia, y en la historia del funcionamiento previo de las familias. Las alteraciones durante la fase de activación suelen implicar disfunciones en la erección, que en ocasiones se deben a un déficit en el mantenimiento de la atención, en la capacidad imaginativa; igualmente, la tendencia a la impulsividad e irritabilidad interfieren en la activación sexual (Aloni y Katz, 1999).

En resumen, los cambios en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos son muy frecuentes y alcanzan un grado importante de interferencia en sus vidas. Como se ha expuesto anteriormente, los cambios más importantes se reflejan en el aumento de la irritabilidad, ira, agitación, labilidad emocional, impulsividad, falta de espontaneidad, depresión y alteraciones en la conducta sexual. No obstante, hay que destacar que los trabajos desarrollados con estos pacientes son conscientes de la etiología tan compleja de estos cambios, que abarca el daño cerebral, las alteraciones neuropsicológicas y la respuesta psicológica y psicosocial al daño y a sus déficit. Por lo tanto, la investigación debería dirigirse, desde un punto de vista básico, a distinguir los efectos de unos y otros factores y, desde los estudios clínicos, a desarrollar mejores estrategias de evaluación y tratamiento, tanto del paciente como de su entorno.

14.5. Epilepsia del lóbulo temporal

La epilepsia del lóbulo temporal es uno de los diversos tipos de epilepsia que existen. Esta alteración consiste en la aparición de crisis epilépticas cuyo origen reside en el/los lóbulo/s temporal/es, aunque dichas crisis pueden generalizarse y afectar a la totalidad del cerebro. Este tipo de epilepsia se clasifica dentro de las epilepsias sintomáticas, es decir, que son secundarias a la existencia de un daño o una disfunción cerebral responsable de la epilepsia.

La epilepsia del lóbulo temporal se ha relacionado durante siglos con la psicopatología (Blumer, 1999), aunque fue en 1975 cuando Waxman y Geshwind propusieron un síndrome conductual interictal específico a la epilepsia del lóbulo temporal. Estos cambios propuestos son interictales, es decir, se producen y manifiestan en el período de tiempo que existe entre las crisis epilépticas. Los autores propusieron que dicho síndrome consistía primariamente en la presencia de emociones profundas y el mantenimiento de afecto intenso, las alteraciones en la conducta sexual, el incremento en la religiosidad y una tendencia excesiva y obsesiva a la escritura o hipergrafía. Sobre este síndrome, Bear y Fedio (1977) propusieron la existencia de dieciocho rasgos de personalidad asociados a la epilepsia del lóbulo temporal, hipotetizando que estos cambios se asociaban a las alteraciones en la estructura límbica secundarias a un foco temporal.

Las investigaciones desarrolladas posteriormente comparando la epilepsia del lóbulo temporal con los otros tipos de epilepsia y con voluntarios sanos, no han encontrado de forma consistente pruebas que apoyen la existencia de un síndrome de personalidad distintivo en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal (Swanson, Rao, Grafman, Slazar y Kraft, 1995). No obstante, es cierto que los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal padecen alteraciones psicopatológicas y de la personalidad más frecuentemente que otros grupos (Blumer, 1999; Schmitz *et al.,* 1997). Esto puede indicar lo que Dodrill y Batzell (1986) apuntaron: las características atribuidas al síndrome de personalidad de la epilepsia del lóbulo temporal aparecen en los pacientes de forma incompleta y, además, no se dan en todos ellos. El concepto de síndrome es central en la controversia sobre la conducta interictal (Devinsky y Najjar, 1999). Un síndrome es la asociación de signos y síntomas, donde las características individuales aisladas no son relevantes, sino la concurrencia de múltiples características. Por ejemplo, la asociación de hipergrafía, emociones de dependencia, religiosidad, viscosidad e hiposexualidad es poco frecuente y sugiere la existencia de un foco límbico; aun así, actualmente no se tienen evidencias que definan los grupos de síntomas, su frecuencia y su especificidad para los diferentes síndromes epilépticos (Devinsky y Najjar, 1999).

Los datos actuales, por tanto, no nos permiten concluir que exista un síndrome de personalidad de la epilepsia del lóbulo temporal (Devinsky y Najjar, 1999). Por esta razón, puede resultar más útil explorar las evidencias que vinculan la epilepsia del lóbulo temporal con rasgos conductuales específicos tales como los siguientes:

- *Viscosidad.* La viscosidad se define por una tendencia a prolongar los contactos interpersonales (hablando repetida, circunstancial y pedantemente, no terminando las conversaciones o realizando visitas tras un intervalo temporal socialmente aceptable). Este rasgo puede relacionarse con el deseo de estar cerca de otros y la necesidad de afiliación con los demás. Se ha encontrado que las lesiones límbicas pueden alterar las relaciones entre los animales, haciendo que, por ejemplo, las ratas permanezcan cerca de otros animales de su misma especie o que incluso se acerquen a los gatos cuando están solas (Kolb y Nonneman, 1974).
- *Hiposexualidad.* Entre las distintas alteraciones interictales de la conducta sexual de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, la más frecuente es la hipose-

xualidad, que incluye disminución de la libido y disfunción en la activación, y que afectan aproximadamente a la mitad de los pacientes sin diferencias entre sexos (Devinsky y Najjar, 1999). Se ha encontrado que las mujeres con epilepsia del lóbulo temporal padecen significativamente más dispareunia, vaginismo e insuficiencia en la activación e insatisfacción sexual que las mujeres con epilepsia primariamente generalizada (Morrell y Guldner, 1996).

- *Religiosidad.* Las experiencias religiosas intensas y las creencias religiosas fuertes son frecuentes en los pacientes con epilepsia (Devinsky y Najjar, 1999). De todos modos, el incremento en las convicciones y en la práctica religiosa no es una característica conductual de los pacientes epilépticos como grupo, aunque puede haber un subgrupo de ellos que sí mantenga fuertes convicciones religiosas (Devinsky y Najjar, 1999).
- *Hipergrafía.* La hipergrafía no es una característica de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal o con epilepsia generalizada, aunque parece que los subgrupos que manifiestan este comportamiento más intensamente padecen epilepsia del lóbulo temporal, que aparece en el 7-10% de estos pacientes (Hermann, Whitman, Wyler, Richey y Dell, 1988).

En conclusión, la epilepsia del lóbulo temporal lleva asociada en algunos pacientes la presencia de determinados rasgos característicos de personalidad. Dichos rasgos no pueden considerarse en su mayoría patológicos. La investigación desarrollada acerca del propuesto síndrome de personalidad de la epilepsia del lóbulo temporal nos lleva a concluir, actualmente, que existen determinados rasgos asociados a esta alteración neurolò-gica, pero que no se constituyen en un síndrome.

14.6. Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson idiopàtica (EP) es un trastorno del movimiento, crónico, progresivo y de causa desconocida descrito por primera vez por el británico James Parkinson en 1817. Los rasgos clínicos principales de la enfermedad de Parkinson son temblor de reposo (en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara), rigidez en rueda dentada (extremidades y tronco), bradicinesia y alteración de los reflejos posturales. A la tétrada por excelencia hay que añadirle, en la mayoría de las ocasiones, otros signos clínicos como postura en flexión, marcha propulsiva con pequeños pasos, hipotonía y tendencia a la salivación.

Además de los déficit motores que subyacen a la enfermedad, los pacientes con la EP pueden presentar una gran variedad de problemas de índole psicopatológica. Los trastornos psicológicos más frecuentes, relacionados con la enfermedad y/o su tratamiento, suelen ser los del estado de ánimo y los de ansiedad. De esta forma, hasta el 40% de los pacientes con la EP cumplen los criterios de trastornos de ansiedad del DSM-III-R, relacionándose con ataques de pánico, agorafobia, fobias específicas, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño, cua-

dros confusionales, agitación, ilusiones y alucinaciones visuales, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta sexual y juego patológico, entre otros.

Tradicionalmente, los clínicos han observado, de manera anecdótica, ciertos rasgos de personalidad que son comunes en los pacientes con la EP. De hecho, estas descripciones se repiten a través de las investigaciones desde el inicio del estudio de la personalidad en la EP, es decir, desde primeros del siglo pasado hasta nuestros días, e independientemente de la aproximación con la que fueron abordados, ya sea una perspectiva psicoanalítica o una perspectiva científica. Algunos de los descriptores más frecuentemente utilizados han sido: "trabajador", "introvertido", "puntual", "inflexible", "fiable", "exigente", "serio", "estoico", "metódico", "constante" y "de moralidad rígida". En un intento de categorizar los descriptores que los investigadores han utilizado habitualmente para describir a los pacientes con EP, Bell *et al.* (1994) los categorizaron en dos rasgos primarios:

1. "Timidez" (introvertido, tímido, vergonzoso, subordinado, menos sociable, nervioso).
2. "A la defensiva" (responsable, de moralidad rígida, legalista).

El rasgo de la "timidez" es el factor premórbido más importante de la EP y al combinarse con el rasgo "a la defensiva", se produce una mayor reactividad premórbida de funciones a nivel neuroconductual y neurofisiológico en aquellas personas con predisposición a desarrollar la EP.

El primer acercamiento sistemático para tratar los aspectos de la personalidad en la EP fue desde el modelo psicoanalítico en la primera mitad del siglo **XX**, en el que diversos autores atribuían la sintomatología que presentaban los enfermos, a nivel psicológico y a nivel motor, como la consecuencia de la combinación de estresores emocionales, un excesivo grado de autocontrol y represión de la agresividad.

Aunque durante un tiempo se siguieron utilizando técnicas proyectivas, se produjo un paulatino acercamiento psicométrico en la investigación de la personalidad parkinsoniana, conviviendo brevemente ambos enfoques, para que, finalmente, la aproximación cuantitativa arrojara estudios más exhaustivos y rigurosos que continúan afirmando, en su mayoría, la existencia de una personalidad parkinsoniana.

A nivel neurobiológico se estima que hasta que el sujeto no pierde el 80% de las neuronas del estriado, el 75% de las neuronas del área ventral tegmental A10 y, aproximadamente, el 50% de las nígricas, no muestra síntomas evidentes (generalmente temblor y/o torpeza motora) de la enfermedad (Fearnley y Lees, 1991). Pero, ¿qué ocurre durante el intervalo de tiempo en el que se están afectando progresivamente las vías dopaminérgicas implicadas? Sabemos que se necesita una pérdida neuronal importante para que aparezcan síntomas motores. En cambio, la bibliografía indica que el paciente con la EP sin ser todavía diagnosticado y debido a la afectación en las vías mesolímbicas dopaminérgicas, manifiesta cambios psicológicos, tanto de características de personalidad como neuropsicológicas. En definitiva, varía la forma de afrontar situaciones que en el pasado eran experimentadas y percibidas de forma diferente, con el resultado, por ejemplo, de una pro-

gresiva reducción de las relaciones sociales y de actividades que implican situaciones novedosas. Si realmente se constata una relación directa de un perfil de personalidad que apareciera un tiempo antes de las primeras manifestaciones motoras, no tendría sentido hablar de una personalidad premórbida, ya que, como se ha visto, el proceso neuropatológico comienza años antes de manifestar los primeros síntomas motores. Si el perfil de personalidad estuviera presente desde el inicio de la enfermedad sería mórbido y, por tanto, deberíamos referirnos a una personalidad pre-diagnóstica o, simplemente, a una personalidad parkinsoniana. Por ello, dependiendo de la cantidad de pérdida neuronal del estriado y nígrica necesaria para la aparición de las primeras manifestaciones, generalmente de índole no motor, dejaría de tener sentido la distinción cualitativa (premórbido frente a mórbido), ya que pasaría a poseer un carácter cuantitativo (magnitud de pérdida necesaria para las manifestaciones clínicas, motoras y neuropsicológicas-personalidad en la EP).

Por otra parte, otros trastornos del movimiento en los que los ganglios basales y los circuitos fronto-subcorticales se encuentran comprometidos, aparte de presentar un patrón de disfunción neuropsicológica semejante a la EP, presentan también descriptores que coinciden con características de personalidad obsesivo-compulsiva. Se ha documentado una estrecha relación entre rasgos de personalidad y síntomas obsesivo-compulsivos con la EP, la parálisis supranuclear progresiva y la enfermedad de Huntington. Algunos autores encuentran una relación entre los rasgos obsesivo-compulsivos y la EP en un estadio tanto inicial como avanzado (Garkavenko, Bachinskaya y Karaban, 2000). Sin embargo, otros investigadores apuntan que solamente aparece el fenómeno obsesivo-compulsivo cuando la EP es avanzada (Alegret *et al.,* 2001), mostrando de esta forma que la EP comparte una base fisiopatología común con las manifestaciones obsesivo-compulsivas.

Una de las particularidades del estudio de la EP es la de basarse en el diagnóstico clínico, y no existen marcadores de ningún tipo que lo certifiquen. Además, tiene la peculiaridad de que los síntomas son muy heterogéneos y las manifestaciones muy variadas e inespecíficas al inicio y, como recoge Micheli (1998), la enfermedad suele ser tan gradual que se calcula entre unos 10 a 15 años de evolución en el momento que el sujeto empieza a reconocer los primeros síntomas. Por todo ello, no es raro encontrarse a pacientes que después de varios años de evolución y de haber sido tratados por depresión en el servicio de salud mental, son derivados por un psiquiatra al servicio de neurología al sospechar un síndrome parkinsoniano, poniendo en evidencia la dificultad del diagnóstico de certeza. Por todo ello, la investigación sobre la existencia prediagnóstica de la personalidad parkinsoniana se ve dificultada, ya que se suele estudiar cuando la enfermedad ya está presente y, en la mayoría de los casos, evolucionada. El análisis de este tipo de información puede verse afectado por muchas variables tales como las distorsiones mnésicas, que limitarían la precisión del informe, y las posibles inferencias erróneas por parte del familiar que puede interpretar síntomas típicos de la EP, como la inexpresividad facial o del discurso (debidas a la amimia facial y a la disprosodia, respectivamente) o cambios en su forma de ser (personalidad) y/o en su estado emocional, que pudieran denotar depresión, apatía, anhedonia o introversión.

En el estudio retrospectivo y actual del perfil de personalidad parkinsoniano, Hubble *et al* (1993) encontraron que los informes retrospectivos describen a los pacientes con la

EP como menos "habladores" y "flexibles", y más "generosos", "serenos" y "prudentes". El perfil de personalidad previo al diagnóstico, obtenido a través de los informes de los cónyuges de los pacientes con la EP, parece indicar la presencia de conductas de evitación, una escasa búsqueda de novedad y un déficit de la función ejecutiva, causados posiblemente por el compromiso de las vías fronto-subcorticales. La visión actual que tienen los cónyuges es atribuible a las manifestaciones propias de la enfermedad, como, por ejemplo, las alteraciones motoras, el bloqueo motor, la bradicinesia o el estado emocional apático-depresivo. Mendelsohn *et al.* (1995) demostraron que los cónyuges proporcionan informes coincidentes con los de sus parejas, tanto si son retrospectivos como si hacen referencia a la actualidad, descartando, de esa forma, el sesgo de percepción que maximice o minimice los cambios de personalidad en los autoinformes de cómo eran antes y cómo son en la actualidad. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con la EP y los miembros de la comunidad parecen ser mucho más similares hace diez años que en el presente. Las diferencias que se producen parecen ser debidas a una intensificación y aceleración de los cambios de la personalidad que normalmente se producen durante el proceso normal de envejecimiento. Estas diferencias no implican un cambio absoluto de la personalidad, sino modificaciones en mayor o menor grado de los rasgos de personalidad premórbidos.

El grado de afectación de la EP parece incrementar las características de personalidad asociadas. En la investigación de Garkavenko, Bachinskaya y Karaban (2000) todos los pacientes presentaban puntuaciones elevadas en las escalas del MMPI, "hipocondría", "depresión", "desviación psicopática", "psicastenia" y "esquizofrenia", siendo el grupo de mayor afectación motora el que obtenía puntuaciones más elevadas en las escalas de "depresión", "esquizofrenia" e "introversión social" y una menor variabilidad en los índices de "hipocondría", "esquizofrenia", "paranoia" e "introversión social".

La alta prevalencia de la depresión en la EP, entre un 20 y un 90% (Gotham, Brown y Marsden, 1986), nos debe alertar de que el cambio que medimos mediante los diferentes instrumentos de evaluación puede deberse a la influencia de un estado depresivo o a las alteraciones neuropsicológicas y no exclusivamente a cambios en la personalidad (Hubble *et al.,* 1993). La mayoría de los estudios que investigan la relación entre la EP y la depresión indican que los pacientes con EP muestran mayores niveles de depresión y ansiedad que la población control, sana y clínica, lo que revela características de afecto negativo propio de la EP compatibles con el modelo neurobiológico de la patogénesis de la depresión de Cummings (1992), donde es responsable la afectación de las proyecciones dopaminérgicas frontales.

No todos los estudios muestran la existencia de una personalidad específica en la EP. Éste es el caso del estudio de Glosser *et al.* (1995) que, utilizando dos grupos control clínicos, uno con diagnóstico probable de enfermedad de Alzheimer y el otro con artritis reumatoide y osteoporosis, encuentran perfiles de personalidad similares entre las enfermedades de tipo neurològico. Las similitudes en las características de personalidad observadas entre ambas enfermedades de carácter neurològico indican que estos enfermos comparten una afectación neurofisiológica común y/o un mismo patrón adaptativo que sustenta las coincidencias entre las características de personalidad de ambas enfermedades neurodegenerativas.

Los estudios sobre la influencia de la genética en la EP, que comparan a los hermanos gemelos con EP con los sanos, monocigóticos y dicigóticos, y con sujetos control sanos, no muestran resultados esclarecedores. Sin embargo, Heberlein, Ludin, Scholtz y Vieregge (1998) destacan la importancia del impacto genético para algunos rasgos de personalidad y Vieregge, Hagenah, Heberlein, Klein y Ludin, (1999) concluyen que la evaluación de la personalidad no es una herramienta adecuada para identificar a los gemelos en riesgo de desarrollar EP.

14.7. Los correlatos anatómicos de los cambios de personalidad

El tipo psicobiológico de personalidad de Cloninger es el modelo teórico de referencia obligada en la investigación actual de la personalidad parkinsoniana, ya que otorga un papel primordial a los ganglios basales. La personalidad se asienta a través de tres ejes independientes del temperamento y cada eje tiene un correlato específico neuroanatómico y neuroquímico: la dimensión "Búsqueda de novedad" (BN) depende del sistema dopaminérgico y está relacionada con los sistemas del placer y de la recompensa; la dimensión Evitación del riesgo" (ER) depende del sistema serotoninérgico y se relaciona con el sistema de inhibición conductual; y la dimensión "Dependencia de la recompensa" (DR) depende del sistema noradrenérgico (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993).

La dimensión Búsqueda de novedad" coincide con una de las áreas neuropsicológicas mas afectadas en la EP, área que afecta a aquellas operaciones mentales que son críticas para el adecuado funcionamiento y la adaptación ante situaciones novedosas que dependen, principalmente, de la función ejecutiva. Según Cloninger, las personas que puntúan alto en la dimensión "BN" son "impulsivos, inconstantes, nerviosos, irascibles, derrochadores y desordenados", mientras que los que tienen bajas puntuaciones son "reflexivos, rígidos, fieles, estoicos, templados, frugales, constantes y disciplinados". Se encuentra un fuerte paralelismo de esta dimensión del temperamento con los descriptores que se han utilizado desde primeros del siglo **xx** tales como "laborioso", "introvertido", "puntual", "inflexible", "fiable", "exigente" y "de moralidad rígida". Más recientemente, la mayoría de las investigaciones ha encontrado, tal y como predice el modelo, que los pacientes con la EP obtienen bajas puntuaciones en "BN", lo que constata la adhesión a este rasgo temperamental (Menza, Golbe, Cody y Forman, 1993) y lo convierte en un fenómeno transcultural (Fujii, Harada, Ohkoshi, Hayashi y Yoshizawa, 2000).

Esta dimensión del carácter del paciente con la EP sería aplicable a las repercusiones que tiene la disfunción dopaminérgica en el sistema mesolímbico, provocando una menor respuesta placentera ante situaciones que impliquen novedad y, por lo tanto, no se produciría el refuerzo positivo. Un hallazgo cuando menos curioso indica que la baja prevalencia en la conducta de fumar que presentan los pacientes con la EP (Baron, 1986) posiblemente sea debida a que no obtengan el efecto reforzante propio de las conductas adictivas, ya que se encuentra mediado dopaminérgicamente en el sistema mesolímbico a través de las neuronas del área ventral tegmental A10 que están afectadas en la EP (Cote, 1999).

La hipótesis de que la depleción dopaminérgica se produce años antes de que se empiecen a desarrollar los primeros síntomas motores, revelando repercusiones conductuales, es respaldada por la investigación de Mayeux, Marder, Tang, Cote y Stern (1994). Estos autores encuentran que la incidencia de fumar a los 20 años de edad no discriminaba a los individuos que más tarde desarrollarían la EP de los que no. En cambio, los futuros pacientes con EP dejaban de fumar en un intervalo comprendido entre 5 y 15 años antes de desarrollar los primeros síntomas de la EP, cuando supuestamente la pérdida neuronal no es lo suficientemente numerosa como para mostrar síntomas clínicos motores; por el contrario, empezaron a producirse cambios conductuales en el futuro paciente con EP.

La dimensión del temperamento "ER" depende directamente del sistema serotoninérgico. La inhibición conductual que se produce en los pacientes con la EP se traduce en conductas "pesimistas", "temerosas", "con miedo a la incertidumbre" y "tímidas". De hecho, la afectación en la EP de los núcleos del rafe produce deficiencias en uno de los principales sintetizadores de serotonina y, por ello, se ha encontrado que los pacientes que padecen la EP con tendencia a la depresión poseen menores cantidades del metabolito principal de la degradación de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIIA) (Mayeux, Stern, Cote y Williams, 1984). La mayoría de las investigaciones han encontrado una relación entre la EP y el rasgo de personalidad "ER" (Menza, 2000) y también con la depresión (Menza y Mark, 1994).

Los investigadores de la personalidad parkinsoniana se han servido también de los últimos avances tecnológicos para encontrar la relación existente entre los rasgos de personalidad y las variables objetivo. La función dopaminérgica ha sido evaluada mediante la tomografía por emisión de positrones (PET), a través de la respuesta 6-[18] FDOPA en estructuras que mantienen una estrecha relación con la fisiopatología de la enfermedad, y los resultados de estas investigaciones han sido cuando menos confusos. Así, mientras que autores como Menza, Mark, Burn y Brooks (1995) encuentran una correlación significativa entre una baja puntuación en "BN" y un déficit en la respuesta de la dopamina en el caudado izquierdo (este núcleo es crítico en las conductas de autoestimulación) otros autores como Kaasinen *et al.,* (2001) interpretan este resultado relacionándolo como un efecto de la medicación dopaminérgica a largo plazo. Estos últimos investigadores, después de analizar a pacientes con EP no medicados, no encuentran ninguna correlación significativa del rasgo "BN" con ningún área del cerebro estudiada. En cambio, paradójicamente, hallan una correlación positiva significativa entre el rasgo "ER" y el núcleo caudado derecho, debida posiblemente a un circuito de retroalimentación específica de los neurotransmisores asociada a la emocionalidad negativa en la EP. Se podrían explicar las relaciones halladas entre los rasgos de personalidad "ER" y el núcleo caudado derecho como propias de la EP, siendo la relación entre ER y el núcleo caudado derecho una especie de problema del circuito que no se ve afectado en la neurofisiología de los sujetos normales (Kaasinen *et al.,* 2002).

Por tanto, la existencia de una clase de personalidad en la EP se podría interpretar de diversas maneras:

a) El tipo particular de personalidad parkinsoniana es la causa o contribuye al inicio de la EP.
b) Podría también interpretarse como una secuela de la enfermedad.
c) O como la consecuencia directa del curso evolutivo de la propia enfermedad.
d) El tipo de personalidad particular de la EP evoluciona paralela e independientemente junto a la enfermedad en poblaciones de riesgo.
e) Es la interacción de dos o más de estas variables.

En nuestra opinión, consideramos que la existencia de una personalidad pre-diagnóstica parkinsoniana se debe a la relación directa de los déficit neuroquímicos en los circuitos afectados, principalmente el conectivo con el lóbulo frontal (área motora suplementaria, circuitos dorsolateral y medial-frontal) que, manifestándose años antes de los síntomas motores, indica cómo la depleción dopaminérgica afecta previamente a los aspectos de la personalidad. No obstante, existen algunas características vitales coincidentes con otras enfermedades que muestran elevados niveles de discapacidad, en las que desempeñan un papel fundamental las diversas formas de afrontar la cambiante situación.

Como se ha visto, no parece existir una relación unívoca entre la EP y una personalidad patognomónica. En cambio, desde hace muchos años y desde modelos muy diferentes, los clínicos e investigadores parecen estar de acuerdo con la existencia de un perfil característico que, aunque no sea común en todos los pacientes, lo presenta homogéneamente una mayoría. Las diferencias posiblemente sean debidas a los subgrupos específicos de la EP. El diagnóstico precoz a través de la evaluación de la personalidad de esta enfermedad tan insidiosa sería un gran avance, ya que mejoraría notablemente el conocimiento evolutivo de la misma y, cómo no, mejoraría la intervención terapéutica puntual y se posibilitaría la oportunidad de prevenir otros problemas asociados a la EP.

14.8. Evaluación

La evaluación neuropsicológica de los cambios de personalidad y de las alteraciones conductuales y emocionales asociadas estará dirigida tanto a determinar su presencia como a la rehabilitación y habrá de cubrir varios objetivos: 1) establecer una línea base; 2) identificar el problema inicial; 3) investigar y analizar los problemas; y 4) medir el progreso o los resultados del proceso de rehabilitación (Oddy, Alcott, Francis, Jenkins y Fowlie, 1999).

Para cubrir estos objetivos durante la evaluación hemos de abordar distintas áreas. En primer lugar, hay que tomar en consideración las características del daño, para lo que se ha de contar con los informes médicos y radiológicos de los que disponga el paciente o el equipo médico que le ha asistido. Se abordarán también la evaluación neuropsicológica de la amplia gama de funciones cognitivas y ejecutivas del paciente. Para ello contamos con una extensa gama de pruebas que nos permiten especificar y cuantificar los déficit en cada una de las áreas exploradas. Se han de evaluar también los recursos del paciente sobre los que apoyar la rehabilitación. Por último, se ha medir el cambio de personalidad propiamente dicho y su relación con el daño cerebral y los déficit cognitivos.

La mejor forma de abordar este problema es no ciñéndose a un único instrumento de evaluación. Se debe recurrir, por tanto, a la observación directa (tanto del neuropsicólogo como de los familiares), las entrevistas y los cuestionarios pasados al paciente, a los familiares y a los cuidadores. El proceso de evaluación comienza, así, por medio de la entrevista con el paciente y los familiares, determinando las principales quejas del paciente y las personas allegadas y pudiendo establecer hipótesis preliminares sobre los posibles problemas que va a presentar el paciente. De esta forma, en la entrevista aparecerán los cambios de personalidad y los problemas de conducta asociados a esos cambios. Posteriormente, se emplean cuestionarios y escalas que nos permitirán cuantificar el cambio e identificar las conductas problemáticas del paciente. Por último, habrá de realizarse una evaluación más exhaustiva sobre dichas conductas por medio de la observación.

A continuación se revisarán los principales cuestionarios y escalas de observación empleados para evaluar la personalidad en pacientes con daño cerebral, incluyendo cuestionarios y escalas no específicos utilizados en la población clínica, cuestionarios y escalas específicos desarrollados para medir el cambio, y cuestionarios neuroconductuales y de adaptación que puedan aportar información sobre los problemas de los pacientes. Finalmente, se comentarán los métodos de evaluación orientados a la rehabilitación.

14.8.1. Cuestionarios y escalas no específicos

En la evaluación de estos pacientes se han empleado instrumentos de evaluación desarrollados para la población clínica sin daño cerebral. De este modo se han aplicado el "Inventario de Depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory, BDI*; Beck, 1987), el "Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo" *(State/Trait Anxiety Inventory, STAI;* Spielberger, 1970), el "Listado de Síntomas Revisado" (*Symptom Checklist-90-Revised;* Derogatis, 1983) así como otros cuestionarios, escalas y entrevistas estructuradas. En la evaluación de la personalidad se han empleado instrumentos dirigidos a los individuos sin daño cerebral, como el "Inventario Clínico Multiaxial de Millón" (*Millón Clinical Multiaxial Inventory, MCMI;* Millón, 1983, 1987), el MMPI (Hathaway y McKinley, 1951; Butcher *et al.,* 1989) y el "Inventario de Personalidad NEO" *(NEO-Personality Inventory;* Costa y McCrae, 1991).

El empleo de estas medidas ha de tener en cuenta diversos factores que pueden alterar el significado de la información recogida. En primer lugar, estos instrumentos no están desarrollados para la población con traumatismos craneoencefálicos y su aplicación parte del supuesto de que la población con y sin daño presenta las mismas características en los constructos que se van a evaluar; no hay razones para creer, a priori, que los problemas resultantes del daño cerebral se ajusten a una categoría diagnóstica psicopatológica (Gainotti, 1993; Bowen *et al.,* 1998).

Los cuestionarios psiquiátricos incluyen ítems que se solapan con la sintomatología propia del daño cerebral, pudiendo dar lugar a falsos positivos y atribuyendo alteraciones a pacientes que realmente no las padecen. Así, por ejemplo, Gass (1991) encontró que 14 ítems del MMPI-II componían un factor que reflejaba los déficit cognitivos y fí-

sicos. La solución sería determinar qué ítems se relacionan con el estado neurológico y eliminar su peso en las escalas, reajustando las puntuaciones.

Las características psicométricas de los tests y su estructura factorial no tienen por qué mantenerse en la población con daño cerebral. De hecho, los factores detectados por Beck, Steer y Garbin (1988) para el BDI no coinciden con la estructura factorial que Christensen, Ross, Kotasek, Rosenthal y Hernt (1995) propusieron para el mismo cuestionario en la población con traumatismos craneoencefálicos.

El problema del déficit de conciencia de las alteraciones representa otra complicación en el empleo de los cuestionarios. La falta de conciencia sobre los déficit disminuirá la fiabilidad de las medidas, y será necesario determinar el grado de negación y/o anosognosia que padece el paciente (Fleming, Strong y Ashton, 1996). No obstante, y como propusieron Tyerman y Humphrey (1984), el daño subjetivo es el que genera malestar en el paciente, determinando su ajuste y debiendo guiar la intervención.

El MMPI es una medida ampliamente utilizada en el ámbito psiquiátrico y psicológico y, además, está bien estandarizada. Por esta razón ha sido uno de los instrumentos que, por ser muy empleado, ha generado más investigación y polémica en el ámbito de la evaluación de los pacientes con daño cerebral. Al MMPI se le pueden aplicar los problemas anteriormente descritos, aunque ello no invalida su empleo en pacientes con daño cerebral, sino que limita su uso y las conclusiones a las que nos puede llevar. Como proponen Pope, Butcher y Seelen (1993), esta prueba nos da a conocer las quejas y el estado del paciente, pero no nos proporciona una medida amplia y adecuada del daño, sus déficit y la naturaleza de éstos. Por lo tanto, el MMPI es útil en la clínica aunque hemos de ser conscientes del tipo de información que aporta.

Por último, en la EP, un cuestionario ampliamente utilizado para evaluar las dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del riesgo y dependencia de la recompensa) es el "Cuestionario Tridimensional de la Personalidad" (*Tridimensional Personality Questionnaire, TPQ,* Cloninger, Przybeck, y Svrakic, 1991). Sin embargo, actualmente se está empezando a utilizar su más reciente cuestionario de personalidad, el "Inventario del Temperamento y del Carácter" *Temperament and Character Inventory, TCI;* Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993) que, además de evaluar las tres dimensiones temperamentales ("Búsqueda de novedad", "Evitación del riesgo" y "Dependencia de la recompensa"), añade la subescala "Persistencia" como una dimensión más del temperamento. Por último, evalúa también las tres dimensiones del carácter: "Autodirección", "Cooperación" y "Autotrascendencia".

14.8.2. Cuestionarios específicos

- "Inventarios de Bear-Fedio" (*Bear-Fedio Inventories;* Bear y Fedio, 1977). Es un cuestionario que consta de 90 ítems dirigidos a medir los rasgos que se asocian a la personalidad del lóbulo temporal y de 10 ítems de la escala L del MMPI. Existen dos formas, una para el paciente y otra para un familiar muy próximo. Poste-

riormente, el inventario de personalidad se ha reducido a 37 ítems que se pueden aplicar en forma de inventario (*Bear-Fedio Inventory) y* de entrevista estructurada. Estos inventarios, aunque discriminan entre individuos control sanos y pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, no lo hacen entre población epiléptica en general y entre epilepsia del lóbulo temporal y trastornos psiquiátricos (Devinsky y Najjar, 1999). Blumer (1995), en colaboración con Bear, ha desarrollado el Inventario Neuroconductual (*Neurobehavioral Inventory)* a partir de los inventarios de Bear y Fedio, también aplicable a pacientes y a familiares. Este cuestionario tampoco tiene capacidad discriminativa, ni ha encontrado un síndrome específico para la epilepsia del lóbulo temporal (Blumer, 1999).

"Escala Conductual del Sistema Frontal" (*Frontal System Behavior Scale;* Grace y Malloy, 2001). Ésta es una medida psicométrica breve de los síndromes frontales (Grace, Boyle, Zawacki y Stout, 2000). Consta de dos escalas, una para el paciente y otra para los familiares con cuarenta y seis ítems cada una y determina la frecuencia de distintas conductas en el momento concurrente a la evaluación y antes del daño. La escala arroja una puntuación total y tres puntuaciones para las tres subescalas, desinhibición, apatía y síndrome *"dis-ejecutivo"*. Las diferentes investigaciones desarrolladas sobre la escala muestran unas apropiadas características psicométricas.

"Perfil de la Personalidad Actual" (*Current Personality Profile*) y "Cuestionarios de Carga Subjetiva y Objetiva" (*Subjetive and Objetive Barden Questionnaires*; Brooks, Campsie, Symington, Beattie y McKinlay, 1986; Brooks y McKinlay, 1983). El "Perfil de la Personalidad Actual" consiste en dieciocho pares de adjetivos que describen los dos extremos de un continuo de una característica conductual, con una escala de cinco puntos, para juzgar la posición del paciente en cada uno de ellos. La escala se aplica a los familiares cercanos del paciente, pidiéndoles que puntúen, en primer lugar, cómo era el paciente antes del daño y, luego, cómo es en la actualidad. Los "Cuestionarios de Carga Subjetiva y Objetiva" miden el grado de tensión soportada por la familia como consecuencia de los cambios producidos a raíz del accidente.

"Test Giessen" (*Giessen test;* Beckman *et al.,* 1979; Beckman *et al.,* 1983). Este es un inventario de personalidad alemán que se facilita a los familiares dos veces, una vez para la personalidad antes del daño y otra para la personalidad después del mismo. Consta de cuarenta juicios bipolares sobre distintas características que comprenden seis subescalas: respuesta social (irrespetuosa, inaceptable frente a respetuosa, aceptable), comportamiento conflictivo (rígido, agresivo, impaciente frente a conformista, sumiso, tranquilo), autocontrol (impulsividad, bajo control frente a hipercontrolado), extraversión-introversión (abierto, confianza en los demás, expresión de sentimientos libremente frente a cerrado, suspicacia, represión de sentimientos) y competencia social (activo, competente frente a inactivo, incompetente, tímido en los contactos sexuales).

"Escala de Conducta Agitada" (*Agitated Behavior Scale, ABS;* Corrigan 1989). Esta escala se desarrolló para permitir la valoración de la agitación no sólo pun-

tualmente, sino longitudinalmente con el objetivo de evaluar las intervenciones dirigidas a tratar este comportamiento. Inicialmente la escala se construyó con treinta y nueve ítems, de los que finalmente se escogieron catorce sobre los que se validó la escala, encontrando niveles apropiados de consistencia interna y de fiabilidad entre jueces.

- "Escala de Agresión Manifiesta — Modificación para Neurorrehabilitación" (*Overt Aggression Scale-Modified for Neurorehabilitation, OAS-MNR*; Alderman, Knight y Morgan, 1997). Basada en la escala original de Yudofsky, Silver, Jackson, Endicstt y Williams (1986) y desarrollada para la población psiquiátrica, es un instrumento de medida estandarizado que permite determinar en la población con daño cerebral la frecuencia y la gravedad de conductas agresivas físicas y verbales contra objetos, contra los demás y contra sí mismos. Esta escala permite registrar también las intervenciones desarrolladas para manejar esas conductas, clasificadas en 14 categorías, y los antecedentes, clasificados también por categorías, entre las cuales el evaluador debe elegir. La utilidad clínica de esta escala reside en que permite detectar la conducta problema, establecer hipótesis sobre el comportamiento agresivo y guiar el tratamiento (Alderman, Davies, Jones, McDonnel, 1999; Alderman, Knight y Herman, 2002).
- "Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee" (*Buss-Durkee Hostility Inventory;* Buss y Durkee, 1957). Esta escala incluye ocho subescalas que abordan distintos aspectos de la conducta hostil y agresiva. Buss, Fischer y Simmons (1962) determinaron que la estructura de la escala tenía dos factores. El primero de ellos refleja agresividad y está compuesto por las subescalas de asalto (uso de violencia física contra los demás), hostilidad verbal (expresión verbal directa de hostilidad hacia otros), hostilidad indirecta (expresión de hostilidad de una forma indirecta) e irritabilidad; el segundo de los factores se refiere a la hostilidad y comprende las subescalas de negativismo, resentimiento, suspicacia y culpabilidad.
- "Cuestionario de Consciencia" (*Awareness Questionnaire,* Sherer, Boake, Levin y Silver, 1995). Este cuestionario explora la conciencia del problema en las áreas cognitiva, física y conductual mediante tres formas distintas del cuestionario (Sherer, Boake, Levin y Silver, 1998). Una primera forma es para el paciente, otra para un familiar y una última para un clínico que conozca al paciente y en la que valora el nivel de conciencia del déficit. El índice de conciencia se obtiene de distintas formas: primero, mediante la discrepancia entre las puntuaciones de los familiares y de los pacientes; segundo, por la discrepancia entre las puntuaciones de los clínicos y de los pacientes; tercero, comparando las puntuaciones del paciente en el área cognitiva con el funcionamiento objetivo en las pruebas neuropsicológicas; y cuarto, la valoración directa del clínico.
- "Escala de Evaluación de la Apatía" (*Apathy Evaluation Scale, AES;* Marin, Biedrzycki, Firinciogullari, 1991). Ésta es una escala de valoración clínica ampliamente validada (Andersson, Krogstad y Finset, 1999). Explora mediante dieciocho ítems los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la apatía. Existe un formato para familiares y otro de autovaloración para los pacientes.

14.8.3. Cuestionarios y escalas neuroconductuales y de adaptación psicosocial

- "Inventario Psicosocial de Crisis Washington" (*Washington Psychosocial Seizure Inventory;* Dodrill, Batzel, Queisser y Temkin, 1980). Éste es un cuestionario muy empleado y cuyo propósito es documentar los problemas adaptativos asociados a la epilepsia crónica. Incluye tres escalas de validez y siete escalas psicosociales relacionadas directamente con importantes aspectos de la vida del paciente: factores del contexto, problemas emocionales, problemas interpersonales, dificultades vocacionales, problemas financieros, aceptación de las crisis y tratamiento médico.
- "Escala de Valoración Psiquiátrica Breve" (*Brief Psychiatric Rating Scale;* Overall y Gorham, 1962). Esta escala de 16 ítems ha sido profusamente empleada en pacientes con daño orgánico. Cada ítem explora un área sintomatológica que es puntuada por el examinador en una escala de siete puntos (desde ausente hasta extremadamente grave). Partiendo de esta escala psiquiátrica se han desarrollado otras más centradas en la población con daño cerebral, como es el caso de la *Neurobehavioral Rating Scale.*
- "Escala de Valoración Neuroconductual" (*Neurobehavioral Rating Scale;* Levin *et al.,* 1987). Esta es una escala derivada de la Brief Psychiatric Rating Scale, de la que se eliminaron algunos ítems directamente relacionados con los pacientes psiquiátricos y se añadieron otros particularmente relevantes para la población con daño cerebral. Al igual que la escala de la que proviene, el examinador puntúa en una escala de siete puntos y, posteriormente, establece un perfil. La valoración con esta escala es relativamente rápida, siendo sensible al cambio en el tiempo y a diferentes tipos de patología relacionados con el daño en el lóbulo frontal, así como a los distintos grados de gravedad de los traumatismos craneoencefálicos (Rapoport, McCauley, Levin, Song y Feinstein, 2002; McCauley *et al.,* 2001). Esta escala cuenta con una adaptación a la población española (véase Pelegrín, Martín y Tirapu, 1995).
- "Medida de los Resultados Psicosociales de Bond" (*Bond Assessment of Psychosocial Outcome;* Bond, 1976). Este instrumento se desarrolló específicamente para la población con daño cerebral grave. Tiene tres escalas, neurofísica, mental y social, que puntúa un clínico familiarizado con la terminología psicopatológica y la salud mental. No ha sido sometida a estudios psicométricos formales, pero la escala social parece ser válida en comparación con otras medidas sociales (Dodwell, 1988).
- "Escalas de Adaptación de Katz: Forma para familiares" (*Katz Adjustment Scales: Relativess Form, KAS-R;* Katz y Lyerly, 1963). Consta de cinco subescalas, cada una de las cuales está dirigida a medir distintos aspectos de la vida del paciente o de la percepción que de ellos tienen sus familiares. La forma R1 explora, a través de 127 preguntas, los síntomas y el comportamiento social del paciente en una escala de cuatro puntos (1-casi nunca, 4-casi siempre). La forma R2 explora el nivel de ejecución del paciente en actividades socialmente esperadas y la R3 explora, en los mismos ítems que la R2, el grado en el que los familiares esperan que el paciente realice estas actividades. Ambas escalas se evalúan mediante tres puntos. Las formas R4 y R5 exploran las actividades del paciente en su tiempo libre y también

comparten los ítems: la R4 explora la frecuencia con la que el paciente realiza las actividades y la R5 el nivel de satisfacción de los familiares con cada una de ellas. Los ítems se encuentran agrupados en beligerancia, expansividad verbal, negativismo, psicopatología general, ansiedad, conductas extrañas, hiperreactividad, retirada, incapacidad, suspicacia, nerviosismo, confusión y estabilidad. Estas escalas están incluidas en el Banco de Datos del Coma Traumático, lo que ha incrementado su empleo, a pesar de no tener normas en la medida del funcionamiento emocional. A pesar de ello, estas escalas han demostrado su utilidad clínica y su sensibilidad a los cambios emocionales y conductuales tras el traumatismo craneoencefálico (Goran y Fabiano, 1993). Una de las ventajas de la KAS-R reside en que sus ítems se centran en aspectos conductuales, lo que permite la objetivación de la información recogida, salvando dificultades como la deseabilidad social o el desconocimiento o la negación de los déficit.

- "Medida para la Evaluación Funcional" *(Functional Assessment Measure, FAM;* Hall, Hamilton y Gordon y Zasler, 1993). Ésta es una escala elaborada para complementar la "Medida de Independencia Funcional" (*Functional Independence Measure, FIM)* desarrollada en el Congreso Americano de Rehabilitación de la Academia Americana de Medicina Física en 1984. La FAM cubre específicamente los campos de función cognitiva y psicosocial con 12 ítems, que añadidos a los 18 de la FIM, permiten conocer el nivel de funcionamiento de los pacientes en distintas áreas. Mediante una escala de siete puntos se puede determinar la incapacidad de los pacientes en diversas áreas, como el estado emocional y la adaptación a las limitaciones.
- "Inventario de Adaptabilidad de Portland" (*Portland Adaptability Inventory, PAI;* Lezak, 1995). Consta de tres escalas que permiten recoger información acerca de los problemas de adaptación personales y sociales de los pacientes con traumatismos craneoencefálicos. La escala debe ser puntuada por un examinador preparado y mide lo siguiente: emocionalidad y temperamento (irritabilidad-agresión, ansiedad-agitación, indiferencia, depresión, delirios y alucinaciones, paranoia-suspicacia normal, iniciativa), actividades y conducta social (relaciones significativas, residencia, contacto social, autocuidado, trabajo-escuela, actividades de ocio, conducción, interacción social apropiada, violaciones de la ley, alcohol, drogas) y capacidades físicas (andar, empleo de las manos, audición, visión, disartria, afasia). El PAI permite evaluar las áreas funcionales en términos de daño, incapacidad e invalidez, desde las perspectivas de los profesionales que trabajan con los pacientes, de los familiares y de los propios pacientes. El inventario tiene una estructura con siete factores que incluyen actividades cotidianas, iniciación social, cognición, daños en la conciencia del déficit, habilidades sociales y apoyo social, independencia, habilidades visoperceptivas y alteraciones psiquiátricas.
- "Escala de Autoinforme de Wimbledom" (*Wimbledom Self-Report Scale;* Coughlan y Storey, 1988). Ésta es una escala sobre adaptación emocional desarrollada con el objetivo de omitir ítems somáticos que puedan confundir síntomas físicos propios del daño con síntomas emocionales. De este modo, el cuestionario se cen-

tra en sentimientos, pudiendo detectar estados emocionales y alteraciones en el estado de ánimo (Bowen *et al.,* 1998). Consta de 30 adjetivos y frases que describen sentimientos, registrando la frecuencia en una escala de cuatro puntos. Los puntos de corte, establecidos a partir de la población hospitalizada, permiten diferenciar entre normales, límite y casos clínicos que sugieren una alteración anímica que requiere tratamiento.

- "Listado de Síntomas TIRR" (*TIRR Symptom Checklist,* Lehmkuhl, 1988). Éste es un inventario funcional que consta de 67 ítems frecuentemente presentes en los individuos con traumatismo craneoencefálico. Se evalúan tres áreas distintas, cognitiva, física y afectivo-emocional, que miden el impacto de estos problemas sobre el funcionamiento cotidiano del paciente. Gordon, Haddad, Brown, Hibbard y Sliwinski (2000) han encontrado con esta escala que los pacientes con traumatismos craneoencefálicos moderados-graves presentan más síntomas con relación a otras alteraciones; además, este mismo estudio ha encontrado un grupo de ítems que son específicos y sensibles a los traumatismos craneoencefálicos moderados a graves.
- "Cuestionario Europeo de Daño Cerebral" (*European Brain Injury Questionnaire;* Teasdale *et al.,*
tes con daño cerebral y a sus familiares. Explora la frecuencia de diversos problemas durante el mes anterior mediante una escala de tres puntos, en nueve dominios distintos. Este cuestionario se ha aplicado a muestras de ocho países europeos y Brasil, demostrando discriminar entre normales y pacientes con daño cerebral. Los datos muestran, además, que los familiares informan consistentemente de mayores problemas que los pacientes, por lo que podría ser un indicativo de la presencia de negación de los déficit o de anosognosia en los pacientes.
- "Inventario de Funcionamiento Neuroconductual" (*Neurobehavioral Functioning*

Inventory; Kreutzer *et al.,* 1996). Consta de 70 ítems que exploran seis categorías neuroconductuales y seis ítems críticos: las categorías son depresión, quejas somáticas, dificultades de memoria y atención, déficit en la comunicación, comportamiento agresivo y déficit motores. Los seis ítems críticos miden problemas urgentes que requieran intervención. La frecuencia de cada uno de los problemas se evalúa mediante una escala de cuatro puntos (nunca, a veces, frecuentemente, siempre). Consta de versiones para pacientes y familiares y se encuentra traducida al castellano. El empleo de esta escala permite identificar las áreas de mayor interés, planificar el tratamiento, desarrollar estrategias compensatorias y medir el cambio en función de la intervención o de la recuperación natural (Witol, Kreutzer y Sandel, 1999).

14.8.4. Análisis de la conducta manifiesta

El proceso que hasta ahora se ha visto nos permite apuntar qué conductas representan un problema y cuál es su naturaleza. En cambio, a la hora de modificar las conductas más problemáticas se ha de desarrollar otro tipo de evaluación, que debe estar dirigida al di-

seño de un programa de tratamiento. La aproximación a la intervención sobre estas conductas se realiza, desde nuestra perspectiva, partiendo de modelos cognitivos y conductuales.

La modificación de las conductas problema requiere, por tanto, una aproximación que, desde el estudio de caso único (dada la heterogeneidad de esta población), determine los parámetros de la conducta así como sus antecedentes y consecuentes (Alderman *et al.,* 1999).

Esta aproximación facilitará, además, la medida de los resultados de la intervención y su estabilidad en el tiempo. No obstante, la medida de los cambios en el tratamiento representa un obstáculo, ya que la pequeña magnitud de los cambios requeridos en el paciente puede hacer que ciertos instrumentos carezcan de sensibilidad suficiente para detectarlos, produciéndose un efecto suelo (Alderman *et al.,* 1999). Le Roux (1993) ha propuesto un sistema de medida de la respuesta al tratamiento en marcos de intervención conductuales. Éste es el denominado sistema TELER (anacronismo de *Treatment Evaluation*) y consiste en la definición específica a la conducta y al individuo del objetivo final y de cada uno de los subobjetivos previos, jerarquizándolos desde 0 o conducta problema hasta 5 o conducta objetivo. Se requiere un mínimo de cinco cambios para determinar si una serie de mejoras sucesivas no se deben al azar (Le Roux, 1993).

En resumen, se emplean numerosos inventarios y escalas, muchos de los cuales provienen del trabajo clínico con personas sin daño cerebral; otros instrumentos han sido desarrollados o adaptados expresamente a las características de esta población. Algunos de estos instrumentos tienen como objetivo detectar la personalidad patológica como consecuencia del daño cerebral; también se han desarrollado instrumentos que evalúan el cambio del paciente en distintas áreas. Los más numerosos son aquellos instrumentos que permiten evaluar el grado de adaptación personal y social del paciente tras la lesión, sin establecer comparaciones con el funcionamiento previo.

14.9. Conclusiones

En este capítulo se han revisado las pruebas que desde la investigación apoyan la existencia de cambios de personalidad tras el daño cerebral, la clasificación de dichos cambios, los datos existentes en tres grandes entidades neurológicas, como son los traumatismos craneoencefálicos, la epilepsia del lóbulo temporal y la enfermedad de Parkinson, y los instrumentos de evaluación utilizados a la hora de abordar esas entidades.

Como se ha descrito en el capítulo las relaciones entre daño cerebral y cambio de personalidad han sido constatadas a lo largo de los últimos 150 años. Sin embargo, el origen de dichos cambios permanece aún hoy sin determinar claramente. Desconocemos en qué medida los cambios representan la consecuencia directa del daño neurològico, de los déficit neuropsicológicos, de las reacciones emocionales normales o patológicas a todos los cambios en la vida del paciente tras el daño, o a la combinación de estos factores. En consecuencia, y dado que el tratamiento y la rehabilitación dependerán del origen de estos cambios, creemos que la neuropsicología debería avanzar para determinar la causa

de dichos cambios, tanto desde la investigación básica, desarrollando modelos neurobiológicos, como desde la clínica, ampliando las investigaciones que se han descrito. Concretamente, consideramos que desde el punto de vista de la práctica clínica se deberían desarrollar procedimientos de evaluación que permitan determinar las variables causantes y de mantenimiento de los cambios de personalidad objeto de tratamiento. Queremos resaltar que proponemos el desarrollo de nuevos procedimientos de evaluación, ya que no creemos que el desarrollo de cuestionarios sea suficiente en la evaluación clínica de estas alteraciones. Como se ha expuesto en el epígrafe de evaluación, ésta debe incluir distintos métodos e instrumentos, incluyéndose la entrevista con el paciente y la familia y también la observación.

Se han expuesto los instrumentos que creemos más relevantes, que actualmente se emplean en la evaluación de las alteraciones de personalidad debido a daño cerebral. No obstante, se observa que no existen muchos dirigidos a evaluar específicamente el cambio en la personalidad asociado al daño cerebral. Además, en el ámbito de habla hispana debemos añadir la dificultad que supone, en la práctica real, la no existencia de validaciones de estas pruebas dentro de cada uno de los países que conforman la comunidad hispanohablante. Si bien los instrumentos no validados pueden aportar información sobre la presencia o no de problemas en forma de entrevista estructurada, no podemos concluir más allá de lo que ésta permite. Son necesarios su validación y baremos para poder determinar la gravedad de los problemas y poder emplearlos como medidas de cambio.

Por último, en el ámbito del tratamiento de estos cambios de personalidad debemos resaltar las aproximaciones holísticas a la rehabilitación neuropsicológica del daño cerebral como la propuesta, entre otras, de Prigatano (1999). Se propone trabajar con los pacientes individual y grupalmente dentro de lo que conocemos como hospitales de día, en la rehabilitación cognitiva, la reinserción social y laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas y de personalidad. Estas aproximaciones son, a nuestro juicio, una de las más ricas y exhaustivas, dado que el daño cerebral generalmente no provoca exclusivamente un tipo de déficit o alteración, considerándose más adecuado abordar en un mismo programa todos los déficit.

PARTE II

Evaluación de los trastornos de la personalidad

15

La evaluación de los trastornos de la personalidad

Bernardo Moreno-Jiménez y Eva Garrosa Hernández
Universidad Autónoma de Madrid (España)

15.1. La evaluación de los trastornos de la personalidad

La evaluación de los trastornos de la personalidad no resulta algo secundario sino de "importancia clínica substancial" (Widiger y Rogers, 1989). Los trastornos de la personalidad se caracterizan porque tienen una amplia influencia en el funcionamiento de las personas, a lo largo de toda su vida y en la práctica generalidad de las situaciones. Su naturaleza consiste en ser transituacionales y longitudinales; por ello, su evaluación resulta urgente y prioritaria.

La sintomatología de los trastornos de la personalidad afecta a los procesos adaptativos de las personas, a su medio ambiente, a su cultura, a su entorno inmediato y a su propia capacidad de autorregulación; en definitiva, a su funcionamiento habitual. Resulta, además, evidente que los trastornos de la personalidad afectan a la sintomatología recogida y expuesta en el Eje I del DSM, influyendo en sus formas de presentación, desarrollo y susceptibilidad de tratamiento (Widiger y Rogers, 1989). Por ejemplo, en los sujetos con depresión clínica la presencia de trastornos de la personalidad suele estar asociada a una red social insuficiente, a la acumulación de acontecimientos estresantes y a una disminución de la eficacia de los tratamientos farmacológicos (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1984). Como la misma "Guía de uso del DSM-IV" (Frances, First y Pincus, 1997) reconoce "la presencia de un trastorno de personalidad puede tener un gran impacto sobre la respuesta y el plan de tratamiento de las enfermedades del Eje I" (p. 465). Con ello se reconoce la relevancia de la personalidad del sujeto en los procesos de enfermar, la influencia del sistema de personalidad sobre la sintomatología. No obstante, y a pesar de este interés, la evaluación de este tipo de trastornos está actualmente en una situación de verdadero caos (Costello, 1996a).

La evaluación de los trastornos de la personalidad ha sido menos cuidada que la evaluación de los síndromes del Eje I del DSM y, ciertamente, mucho menos que la evaluación de los rasgos normales de personalidad. Con frecuencia, en la evaluación psicopatológica, la práctica común ha consistido en centrarse en los trastornos clínicos del Eje

I más evidentes y, generalmente, más predominantes. A ello ha podido contribuir la crisis, en la década de los sesenta y setenta, del mismo concepto de personalidad y, como consecuencia, la insistencia en los factores situacionales de la conducta (Mischel, 1968), con menoscabo de la atención a los patrones de personalidad estables y generalizados, que es como, en la modalidad desadaptativa, define de forma general el DSM-IV los trastornos de la personalidad.

El desarrollo de instrumentos para la evaluación de los trastornos de la personalidad comenzó a tomar volumen y a recibir consideración sistemática a partir de la aparición del DSM-III (1980), momento en el que los trastornos de la personalidad obtuvieron una atención hasta entonces inexistente, al incluirse un segundo eje específico para la evaluación de los mismos. Las descripciones de los trastornos de la personalidad incluidas en el DSM-I y DSM-II se reducían al marco psicoanalítico y caracteriológico; por ello, los instrumentos sistemáticos de evaluación fueron realmente muy escasos.

15.1.1. *Sistemas de evaluación*

La psicología de la personalidad ha utilizado clásicamente dos sistemas de evaluación, en función de los rasgos y en función de los tipos. Para evaluar los rasgos de personalidad ha seguido el procedimiento de utilizar dimensiones cuantitativas a lo largo de las cuales se ubicaba el sujeto. Ello daba lugar a perfiles de personalidad que describían dimensionalmente al individuo. Ejemplo de ello son los cuestionarios de personalidad más conocidos (Eysenck, 1957; Cattell, 1957; Costa y McCrae, 1985). Por el contrario, la evaluación de los tipos, igualmente clásica (p. ej., Jung, 1921; Kretschmer, 1925; Sheldon, 1940; Myers y McCaulley, 1985), seguía un criterio categorial, de forma que se asignaba la persona a un tipo específico. La discusión entre los planteamientos dimensionales y categoriales ha sido clásica en el estudio de la salud mental y, especialmente, de la personalidad anormal (Kendall, 1975; Tyrer y Alexander, 1979). Lo habitual ha consistido en clasificar las personalidades normales según un criterio dimensional y las personalidades anormales según un criterio categorial o tipológico (Livesley, 1985; Widiger y Kelso, 1983). Ambos enfoques tienen sus ventajas e inconvenientes y con frecuencia su utilización real ha incluido fórmulas mixtas, utilizando los perfiles dimensionales como tipos y los tipos de forma dimensional.

El enfoque dimensional propone que los trastornos de personalidad difieren sólo cuantitativamente, de forma que consistirían en la acentuación patológica de rasgos que son comunes en la población. Algunos estudios empíricos (p. ej., Kass *et al.,* 1985; Widiger *et al.,* 1987) parecen confirmar tales supuestos. La ventaja del modelo dimensional consiste en la posibilidad de establecer perfiles flexibles que permiten recoger con precisión la complejidad de los casos reales. El problema de este enfoque reside en establecer la línea de separación o punto de corte entre la población normal y la patológica. Por otra parte, sigue discutiéndose si los rasgos de personalidad normal y anormal son o no cualitativamente los mismos (Girolamo y Reich, 1993). Otro de los problemas del modelo dimensional es el establecimiento de las dimensiones de evaluación, tema en el que no

existe actualmente un acuerdo suficiente. El tema se aborda posteriormente de forma más completa y precisa.

El método categorial clasifica netamente a los sujetos en una categoría, enfermedad o trastorno. Aunque el modelo categorial debe su auge a la concepción médica de la enfermedad, su aplicación se ha extendido a otros campos en los que su validez puede ser más discutida, como es el campo de la salud mental. Las posibles ventajas del método categorial son tres (Widiger y Sanderson, 1995). La primera consiste en la familiaridad del método para los clínicos, pues ha sido el método usado habitualmente en la práctica médica consistente en el diagnóstico de la presencia o ausencia de una determinada patología. No es extraño, por ello, que los médicos hayan optado tradicionalmente por este sistema (Gorton y Akhtar, 1990). Una posible segunda ventaja es su facilidad para ser conceptualizado y comunicado. En último término esta conceptualización y comunicación consisten en afirmar si el trastorno está o no presente. El modelo dimensional es siempre más complejo y transmite mayor información y precisión, lo que no siempre es más claro (Gunderson, Links y Reich, 1991). La tercera razón consistiría en la naturaleza misma de la decisión clínica que suele ser categorial. Las decisiones acerca del tratamiento no suelen ser graduadas, o se aplica un tratamiento o se aplica otro.

La dificultad fundamental del método categorial proviene de los problemas derivados de clasificar a los pacientes que son limítrofes, a aquellos que están en el umbral de la patología y no resultan fácil incluirlos o excluirlos. La misma *"Guía de uso del DSM-IV"* advierte que, a pesar del uso categorial en el diagnóstico de los trastornos de personalidad, no debería olvidarse que tienen límites borrosos, además de incluir modalidades muy heterogéneas y de no incluir sino las características actualmente más consensuadas. Otra dificultad es la existencia de casos mixtos y atípicos. La nosología actual es incapaz de fijar con precisión los lindes entre normalidad y psicopatología (Kendall, 1983; Choca y van Derbug, 1998) por lo que, en general, la aplicación de una escala nominal no parece respetar la complejidad de los casos reales.

15.1.2. Criterios diagnósticos

En el campo de la psiquiatría, la forma más habitual de clasificar los trastornos de personalidad ha sido mediante el uso de criterios de diagnóstico. En la clasificación de los trastornos de personalidad, el DSM-III supuso un considerable avance al incluir para cada uno de ellos un conjunto de criterios específicos y diferenciales. En el DSM-IV se exige para el diagnóstico de un trastorno específico de la personalidad la presencia de la mitad más uno de los criterios descritos.

El DSM-III-R utilizaba un sistema politético para la asignación de los trastornos, es decir, bastaban algunos pocos criterios para poder asignar un caso. Con ello se quería reconocer la necesidad de admitir mayor flexibilidad que la enunciada por los criterios monotético que exigían la totalidad de los criterios para el diagnóstico del trastorno. Resulta claro que una aplicación rigurosa del criterio monotético, ejemplo extremo del sistema categorial de diagnóstico, excluiría la complejidad y la flexibilidad de los casos reales. El

DSM-IV ha añadido un conjunto de criterios de diagnóstico genéricos para todos los trastornos de personalidad. Propone seis criterios generales para los trastornos de personalidad, de los que los tres primeros son los de mayor importancia. El primero de tales criterios se refiere, específicamente, al distanciamiento entre la experiencia interna y el comportamiento de las expectativas específicas de una cultura. El segundo criterio define la consistencia situacional de las conductas, de forma que los aspectos desviados no sean el resultado de situaciones específicas o momentos particulares en la vida de la persona, sino elementos transituacionales y generalizados. El tercer criterio alude a las consecuencias personales y sociales de los trastornos de personalidad y al deterioro adaptativo que produce.

Aunque algunos autores han propuesto que cada trastorno de personalidad consistiría en una problemática específica y singular, caracterizada por los criterios de gravedad de los síntomas (Dowson y Berrios, 1991; Zimmerman y Coryel, 1990), probablemente la mayoría ha insistido en el carácter heterogéneo del trastorno. Así, Hurt *et al.* (1990) han mostrado que los criterios diagnósticos del trastorno límite se agrupan en torno a tres conjuntos o *"clusters":* identidad, afectividad e impulsividad. Shea (1992) ha indicado que el trastorno pasivo-agresivo consistiría en la presencia conjunta de la expresión indirecta de la hostilidad y la agresividad.

15.1.3. *El marco teórico de la evaluación*

Indudablemente, el desarrollo y la evaluación de una clasificación psicopatológica y psiquiátrica incluyen una larga serie de pasos hasta alcanzar un sistema satisfactorio y válido. En el DSM-IV, subyacente a la clasificación elaborada, está el fundamento neokraepeliniano de que los trastornos mentales son entidades discretas (Blashfield, 1984), caracterizadas cada una de ellas por disfunciones específicas y propias. El modelo se ha aplicado a todo tipo de trastornos; por ello no cabe extrañarse que para la evaluación de los trastornos del Eje II se utilice exactamente el mismo tipo de procedimientos que para el Eje I.

En efecto, los criterios seleccionados para cada trastorno constituyen criterios aislados, sin que se exija ninguna relación teórica entre unos y otros. Uno de los grandes objetivos del DSM ha sido evitar toda teoría y toda inferencia. Por ello, el criterio fundamental se ha centrado en el consenso del grupo de expertos, evitando cualquier formulación teórica en la organización de los trastornos y de la psicopatología subyacente. Se puede constatar que diversos trastornos específicos del Eje II tienen su fundamentación en modelos teóricos contrapuestos, como el psicoanálisis más tradicional, la teoría de las relaciones objetales, la psicología del ego o la psicopatología clásica. Con frecuencia es incluso difícil desvelar las contribuciones de estas diversas tradiciones. Es probable que el resultado de este tipo de mezclas afecte a la validez de todo el proceso de clasificación y evaluación.

Como Jackson y Livesley (1995) advierten, es llamativo el proceso que se ha seguido para desarrollar las diferentes versiones del DSM, prescindiendo de las aportaciones

y desarrollos que puedan presentar otras disciplinas diferentes de la psiquiatría, como pueden ser los posibles progresos en el campo del estudio y evaluación de la personalidad. Parece indudable que la investigación acerca de los procesos y organización de la personalidad podría ser relevante en el análisis y evaluación de los trastornos de la personalidad. En su lugar, el criterio utilizado ha sido considerar que los trastornos de personalidad son suficientemente evidentes y constatables mediante el sistema del consenso de un comité de expertos de diferentes escuelas y tendencias.

Si los trastornos de la personalidad pueden considerarse como el extremo de un continuo, lo que parece cada vez más aceptado, cabe suponer, entonces, que los elementos del mismo continuo deberían tener una consistencia interna y, además, deberían representar las diferentes facetas que definen la categoría o dimensión. Este planteamiento es el subsuelo que define la validez de un sistema de evaluación. Sin embargo, las diferentes versiones del DSM han sido muy ajenas a este tipo de formulación, por lo que no cabe extrañarse de que diferentes autores hayan cuestionado la validez del DSM III y del DSM-III-R (Blashfield y Breen, 1989) y que el último DSM-IV siga estando en cuestión por las mismas razones (Tyrer, 1995).

La situación incierta de los trastornos de la personalidad puede constatarse en los continuos vaivenes de las clasificaciones propuestas. La inclusión de los trastornos evitativo, narcisista, límite y esquizotípico en el DSM-III, la adición en el Apéndice del DSM-III-R de los trastornos autodestructivo y sádico de la personalidad, la posterior supresión de los mismos, la inclusión en el apéndice del DSM-IV del trastorno depresivo de la personalidad y la reconceptualización del trastorno pasivo-agresivo (negativista), muestran claramente la situación de inseguridad y de falta de ideas claras que preside la clasificación e, inevitablemente, la evaluación del DSM (Blashfield, Sprock y Fuller, 1990). Otro dato que revela la situación de desorientación teórica, y en parte clínica, de los criterios al uso del DSM es que, a pesar del deseo de ser conservadores, más del 75% de los criterios del DSM-III-R han sido revisados en el DSM-IV (Frances, 1990).

A este desarrollo ateórico, aunque consensuado, puede contraponerse los desarrollos teóricos que han tratado de identificar las dimensiones que podrían estar latentes en los diferentes trastornos de la personalidad (Millón, 1990) así como los desarrollos psicométricos en la evaluación de los mismos (Loevinger, 1957; Skinner, 1986). Probablemente la consideración e integración de dichos desarrollos podría aportar mayor claridad y consistencia a las clasificaciones y evaluaciones de los trastornos de la personalidad.

15.2. La evaluación mediante cuestionarios

Los cuestionarios se han convertido en la forma más usual para la evaluación de los trastornos de la personalidad. En los cuestionarios de evaluación de los trastornos de la personalidad se pueden encontrar dos tipos, aquellos que evalúan directamente los trastornos y los que evalúan supuestas dimensiones subyacentes a los mismos. Otra clasificación posible distingue entre cuestionarios generales y cuestionarios específicos. En este apartado se consideran sólo los generales y más adelante nos centraremos en los específicos.

La utilización de un cuestionario general o de uno específico dependerá del objetivo de su aplicación. Si se busca la posible presencia de trastornos de personalidad sin que se tengan indicadores particulares de un trastorno específico, parece normal aplicar un cuestionario general. Si se tienen supuestos que indiquen la presencia de un trastorno específico y se quiere constatar la presencia o ausencia de ese trastorno, procede aplicar un cuestionario específico del trastorno sospechado. No obstante, la comorbilidad de los trastornos de la personalidad sugiere la conveniencia de utilizar, en la medida que sea posible, cuestionarios generales.

Una dificultad generalmente compartida por los cuestionarios de evaluación de los trastornos de la personalidad es la validez aparente o de contenido que tienen los ítems, lo que permite fácilmente alterar los resultados en función de los intereses personales. Precisamente por ello ha proliferado el desarrollo de escalas de diferente tipo dirigidas a controlar la veracidad y los posibles sesgos presentes en las respuestas, algo presente habitualmente en los cuestionarios de personalidad, pero sin el desarrollo que ha alcanzado en la evaluación de los trastornos de personalidad.

Otro tema a debate es la utilización, en los cuestionarios, de preguntas que son compartidas simultáneamente por diferentes escalas, técnica ampliamente utilizada por el MCMI y el MMPI. El uso de ítems pertenecientes a una sola dimensión es un criterio que mejora claramente las características psicométricas del instrumento. Indudablemente, la inclusión de ítems solapados obliga a interpretar, cuando no a cuestionar, las correlaciones entre tales escalas.

15.2.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III)

Theodore Millón es, sin duda alguna, uno de los autores más vinculados al estudio, investigación y difusión del tema de los trastornos de la personalidad. Su obra es larga y enjundiosa. El punto de partida es la publicación de *Modern Psychopatology* (Millón, 1969), que establecía las bases para una posible evaluación de la personalidad anormal. Consecuencia de tales planteamientos fue la aparición de la obra *Research Methods for Psychopatology* y el cuestionario de evaluación de los trastornos de la personalidad *Millón Illinois Self-report Inventory* (MI-SRI).

La implicación posterior de Millón en la elaboración de los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad del DSM-III permitieron ajustar el instrumento anterior a los trastornos de la personalidad del DSM-III y sus criterios diagnósticos. De tales ajustes nació el Inventario Clínico Multiaxial de Millón *(Millón Clinical Multiaxial Inventory)* (Millón, 1977).

El MCMI fue descrito como un cuestionario creado específicamente para la elaboración de los trastornos de la personalidad siguiendo al DSM-III (Millon, 1984). Sin embargo, probablemente sería más exacto decir que fue construido y validado para medir la tipología de la personalidad desarrollada por Millón (1981), aunque entre ambos propósitos exista una clara semejanza.

La aparición posterior del DSM-III-R y los progresos en la evaluación de las tendencias de respuesta y la aparición de otras propuestas teóricas, dieron lugar a la creación del MCMI-II (1987). La continua reelaboración de los trastornos de la personalidad por el DSM y la versión IV del mismo manual han dado lugar a la última versión del instrumento el MCMI-III (Millón, Davis y Millón, 1994).

El número de escalas clínicas del MCMI ha variado en las diferentes versiones, veinte en la primera, veintidós en la segunda y veinticuatro en la tercera y última. Las escalas clínicas se dividen en cuatro grupos: escalas básicas de la personalidad, patrones de la personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada y síndromes clínicos graves.

Se ha discutido la conveniencia de que más de veinte escalas, con un promedio de 37 ítems por escala, provengan de un conjunto de algo más de 170 ítems, resultado que se produce debido a la metodología de utilizar el mismo ítem para evaluar diferentes trastornos. Esta práctica puede ser discutible tanto desde una perspectiva teórica como metodológica.

En España se ha editado el MCMI-II (Ávila Espada, 1997). Aunque no sea la última versión del cuestionario, su disponibilidad en lengua española merece que se expongan sus características básicas, por otra parte muy semejantes a las características de la primera y de la última versión.

El MCMI-II es un cuestionario de 175 ítems. Presenta cuatro escalas de control: validez, sinceridad, deseabilidad y alteración. Para la evaluación directa de los trastornos de la personalidad presenta diez *Escalas Básicas:* 1) Esquizoide, 2) Fòbica, evitativa, 3) Dependiente, sumisa, 4) Histriónica, 5) Narcisista, 6) Antisocial, 6B) Agresivo/sádica, 7) Compulsiva, 8A) Pasivo agresiva, y 8B) Autodestructiva. A estas escalas básicas añade tres escalas de *Personalidad Patológica*: Esquizotípica, Límite y Paranoide. Se complementa el cuestionario con seis *Síndromes Clínicos* de gravedad moderada: *A)* Ansiedad, *H)* Histeriforme, *N)* Hipomanía, *D)* Neurosis depresiva, B) Abuso de alcohol y *T)* Abuso de drogas y tres *Síndromes Clínicos* de gravedad elevada: *SS)* Pensamiento psicòtico, *CC)* Depresión mayor, y *PP)* Trastorno delirante.

En la adaptación española se ha tratado de mantener las características originales del instrumento. La muestra normativa se ha efectuado con 377 sujetos y se ha contado con un grupo control "normal" de 773 sujetos, además de un grupo de toxicómanos (1.034). La fiabilidad según el método de consistencia interna proporciona un rango 0,67-0,93. Algunos autores (p. ej., Clark y Harrison, 2001) consideran que es discutible que los diagnósticos y evaluaciones se puedan generalizar de una versión a otra del DSM, por lo que no resulta claro que la evaluación del DSM-III sirva para el DSM-IV; sería deseable una rápida adaptación del MCMI-III.

El MCMI-III (Millón, Davis y Millón 1994) es el resultado de la evolución del DSM y de algunos problemas que presentaban los modelos anteriores (MCMI y MCMI-II). Tal como exponen Van Denburg y Choca (1997), el MCMI-III trata de responder a cinco cuestiones anteriormente planteadas:

1. Los ítems del MCMI y las categorías diagnósticas del DSM no se ajustaban claramente, por lo que parecía oportuno una nueva redacción de algunos ítems de forma que aumentara la correspondencia entre uno y otro.

2. Existía un excesivo solapamiento entre las escalas debido a que no pocos ítems pertenecían a varias escalas. Por ello, el nuevo cuestionario se elaboró de forma que tuviera menos ítems por escala y menos solapamiento entre ellas.
3. Se añadieron dos nuevas escalas al cuestionario para cubrir mejor dos diagnósticos del DSM-IV: el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático. Las escalas añadidas fueron la Escala Depresiva (2B) en el Eje II para cubrir la nueva propuesta incluida en el apéndice B, y la Escala de Trastorno de Estrés Postraumático (Escala R) para cubrir este diagnóstico del Eje I.
4. El peso de los ítems en las escalas fue revisado de forma que se simplificara su fórmula.
5. El algoritmo de interpretación fue elaborado de nuevo para ajustarlo a las nuevas formulaciones teóricas incluidas.

El resultado de estas modificaciones ha sido un cuestionario con 175 ítems, que se puede rellenar en aproximadamente treinta minutos con 24 escalas clínicas que cubren tanto el Eje I como el Eje II del DSM. Complementariamente tiene cuatro escalas de validación. Su estructura es la siguiente:

Estructura del MCMI-III:

Patrones clínicos de la personalidad

1	Esquizoide
2A	Evitativo
2B	Depresivo
3	Dependiente
4	Histriónico
5	Narcisista
6A	Antisocial
6B	Agresivo (Sádico)
7	Compulsivo
8A	Pasivo-agresivo (Negativista)
8B	Autoderrotista (Masoquista)

Síndromes de patología grave de la personalidad

S	Esquizotípico
C	Límite
P	Paranoide

Síndromes clínicos

A	Ansiedad
H	Somatoformo
N	Bipolar: maníaco
D	Distímico

B	Dependencia alcohólica
T	Dependencia de drogas
R	Estrés postraumático

Síndromes graves

SS	Trastorno psicótico
C	Depresión mayor
PP	Trastorno delirante

Indices de alteración

X	Sinceridad
Y	Deseabilidad
Z	Alteración
V	Validez

Como puede observarse, el MCMI-III ha conservado la Evaluación de la Personalidad Sádica y Masoquista, incluida en la tercera versión del DSM pero suprimida en la cuarta.

15.2.2. El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota *(Minnesota Multiphasic Personality Inventory),* desarrollado al final de la década de los años treinta por Hataway y McKinley (1951), ha sido probablemente el cuestionario más utilizado de la historia, tanto en la clínica como en la investigación. Construido para la detección y diagnóstico de síndromes clínicos, su utilización ha evolucionado a la par que los cambios teóricos y diagnósticos en psicopatología y psiquiatría. A partir de su elaboración inicial ha suministrado material para escalas de todo tipo.

Como instrumento de evaluación de los trastornos de la personalidad, el MMPI se ha utilizado de una doble forma. De forma directa, se han utilizado los perfiles de sus escalas propias para detectar los posibles trastornos de la personalidad. Así la fórmula 2-7-8 se ha considerado un indicador posible del trastorno esquizotípico de la personalidad. Más adelante se exponen diferentes perfiles para cada trastorno específico de la personalidad.

Aunque esta utilización en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad ha sido profusa, se ha considerado que sus escalas e ítems actualmente no constituyen una base válida y fiable para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad (Widiger y Frances, 1987). Por ejemplo, el mismo perfil mencionado, el perfil 2-7-8, habitualmente considerado como un indicador de un funcionamiento esquizotípico (Koh y Peterson, 1974), no parece que se pueda identificar actualmente con el trastorno esquizotípico de la personalidad, tal y como es diagnosticado en el DSM (Chapman, Chapman, y Miller, 1982). Otro tanto ocurre con el grupo de los sujetos evaluados como trastor-

no límite, en los que existe una tendencia a mostrar un perfil 8-2-4. Esta tendencia se presenta sólo en un tercio de tales pacientes (Gustin *et al.,* 1983; Kroll, 1981). El código 4-9 se considera un indicador del trastorno antisocial de la personalidad; sin embargo, no todos los trabajos confirman esta identificación (Haier *et al.,* 1979; Hare, 1985). Este tipo de resultados, claramente controvertidos, sugieren la utilización del MMPI con cautela en la evaluación y detección de los trastornos de la personalidad; no obstante su uso es común (Sperry, 1995).

La otra forma de utilizar el MMPI en la evaluación de los trastornos de la personalidad ha consistido en derivar del conjunto de ítems que lo forman aquellos que teóricamente se han considerado con validez aparente para la detección de los trastornos de la personalidad. Morey, Waugh y Blashfield (1985) han desarrollado un conjunto de escalas provenientes del MMPI para la evaluación de los trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-III. Las once escalas forman un conjunto de 164 ítems.

Morey *et al.* (1985) procedieron según una metodología combinada racional-empírica en la que, en primer lugar, mediante un sistema de jueces, se aislaban aquellos ítems que podían utilizarse en la evaluación de los trastornos de la personalidad. Posteriormente, mediante un sistema empírico, eliminaron aquellos ítems que no reunían determinados criterios psicométricos. Los autores elaboraron dos tipos de escalas. El primer tipo incluía ítems solapados, es decir, que formaban parte de varias escalas. El segundo tipo incluía sólo ítems específicos para cada escala. Los análisis estadísticos con las escalas resultantes mostraron tener fiabilidad interna así como validez criterial con respecto a las escalas originales del MMPI y la organización de trastornos propuesta por el DSM-III.

Morey y Le Vine (1988) encontraron que estas escalas tenían una convergencia significativa con las escalas del MCMI. La consistencia de estas escalas parece claramente establecida (Morey *et al.* 1985). Igualmente el patrón de correlaciones con el diagnóstico clínico parece satisfactorio (Morey, Blashfield, Webb y Jewell, 1988). Hurt, Clarking y Morey (1990) han encontrado un índice de fiabilidad temporal aceptable con un intervalo de tres semanas.

La versión posterior, el MMPI-II ha mantenido los ítems propuestos por Morey *et al.* (1985) a excepción de siete de ellos, dos de las escalas esquizoide, compulsivo y antisocial y uno de la escala de esquizotipia. Wise (1996) considera que las adaptaciones efectuadas en la segunda versión del MMPI han dejado intactas las propiedades básicas de las escalas. Las diferencias en los resultados pueden considerarse mínimas, hasta el punto de que los baremos propuestos por Morey *et al.* (1985) pueden seguir utilizándose en el MMPI-II (Wise, 1996).

15.2.3. *Relaciones entre el MCMI y el MMPI*

La principal ventaja del MCMI frente al MMPI es que ha sido elaborado desde un modelo de Psicología de la personalidad, centrado en rasgos y no en respuestas reactivas. Otra de sus posibles ventajas es su mayor brevedad. No obstante, ambos cuestionarios han sido elaborados con objetivos semejantes. Son numerosos los estudios que han uti-

lizado el MCMI y las escalas específicas del MMPI para efectuar validaciones convergentes entre ellos (McCann, 1989; Morey, 1986, Streiner y Miller, 1988). Morey y Le Vine (1988) encontraron correlaciones significativas entre 9 de los 11 trastornos de la personalidad, hallando un rango de correlaciones entre 0,48 y 0,78. Smith, Carrol y Fuller (1988), aplicando ambos cuestionarios a un mismo grupo, encontraron que doce de las escalas de MCMI-I correlacionaban significativamente con las escalas del MMPI, mientras que las ocho escalas restantes no mostraban ninguna correlación. Resultados similares se han encontrado utilizando el MCMI-II y el MMPI-II (Blais, Benedict y Norman, 1994).

El estudio efectuado por Ownby *et al.* (1990) mostraba que un análisis factorial de ambos instrumentos indica solapamientos en la evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad, pero que ambos mantenían fuentes de varianza propias, por lo que recomendaban la utilización conjunta de ambos. Un estudio semejante realizado por Ward (1994) utilizando la segunda versión de ambos instrumentos ha encontrado resultados semejantes.

McCann (1991) ha estudiado la validez convergente y discriminante de las escalas de trastornos de la personalidad de ambos instrumentos atendiendo a la distinción entre escalas solapadas y no solapadas. Los resultados indican que, en general, el solapamiento no afecta a la validez, pero que mientras algunas escalas como la negativista y la límite del MCMI-II resultaban más eficaces en su forma solapada, otras, como la escala paranoide, mostraban mayor validez en la forma no solapada.

Las relaciones entre las versiones posteriores de ambos cuestionarios, el MCMI-II y el MMPI-II, se comportan de forma semejante a las de las versiones originales (Wise, 1996). Según Craig y Weinberg (1993), las dos formas derivadas pueden considerarse, en gran medida, semejantes a las versiones originales. No obstante, parece encontrarse alguna dificultad con respecto a la validez discriminante de las escalas, lo que se refleja en la tendencia a una excesiva comorbilidad entre las mismas, aunque ello podría ser un problema de la misma definición insuficiente de los trastornos. Entre ambos cuestionarios se encuentra una correlación media de 0,54 en la evaluación de los diferentes trastornos de la personalidad.

Estudios recientes muestran una alta correlación convergente para las escalas de trastornos antisocial, sádico, límite y paranoide entre ambos cuestionarios, mientras que la convergencia es más baja para los trastornos dependiente y evitativo.

15.2.4. Otros cuestionarios generales

a) "Cuestionario de Trastornos de la Personalidad" *(Personality Disorder Questionnaire,* PDQ). Fue desarrollado por Hyler, Rieder, Spitzer y Williams (1982) y consta de 163 ítems dicotómicos, del tipo verdadero-falso. Su objetivo es la evaluación de los once trastornos de la personalidad descritos por el DSM-III. Incluye además tres escalas de sesgos de respuesta. El cuestionario consiste en una adaptación directa de los criterios diagnósticos del DSM-III en formato de res-

puesta verdadero-falso. La revisión del PDQ original ha dado lugar al PDQ-R que consta de 152 cuestiones que se rellenan aproximadamente en treinta minutos. Los estudios de comparación con entrevistas estructuradas parecen indicar una tendencia del PDQ-R a dar falsos positivos (Hyler, Skobol, Reliman, Olham y Rosnick, 1990), aunque ésta es una tendencia general de los cuestionarios frente a las entrevistas estructuradas. Los autores consideran que su uso puede estar indicado en poblaciones con baja prevalencia de trastornos de la personalidad. Una de sus ventajas es su comodidad de uso. En su última versión, el PDQ-IV (Hyler, 1994) contiene 85 ítems. En general, los comentarios críticos tienden a considerar que, por sus características, más que un instrumento de diagnóstico debe considerarse un instrumento inicial de detección.

b) "Evaluación Dimensional de los Problemas de Personalidad" *(Dimensional Assessment of Personality Problems,* DAPP-BQ). Este cuestionario ha sido elaborado por Livesley (1987) mediante el estudio crítico de la bibliografía y la redacción de una lista inicial de descriptores para los trastornos de la personalidad recogidos en el DSM-III-R. Para ello elaboró una lista de rasgos y, posteriormente, definió cada trastorno de la personalidad en función del perfil de rasgos. Así, el trastorno esquizoide tendría el perfil de una baja filiación, evitación de la vinculación y restricción de la expresión afectiva. La factorialización del cuestionario proporcionó 18 rasgos factoriales con una media de 14-16 ítems por factor. En la actualidad está compuesto por 290 ítems y las siguientes 18 escalas: labilidad afectiva, ansiedad, dureza, distorsión cognitiva, compulsividad, problemas conductuales, problemas de identidad, vinculación insegura, problemas de intimidad, narcisismo, oposicionismo, reyección, restricción de la expresividad, autodestructividad, evitación social, búsqueda de estímulos, permisividad y recelo (Jackson y Livesley, 1995).

c) "Inventario Coolidge del Eje II" *(Coolidge Axis-II Inventory,* CATI; Coolidge y Mervin, 1992). Consta de 200 ítems estructurados en una escala de cuatro puntos. Los ítems se han elaborado a partir de los criterios del DSM-III-R. El número de ítems es diferente para cada escala. Así, la escala de trastorno social consta de 45 ítems mientras que la escala de evitación tiene 16. Tiene dos escalas para la evaluación de los sesgos de respuesta, validez y deseabilidad social, e incluye una escala de ajuste global y tres escalas para evaluar los síntomas clínicos del Eje I: ansiedad, depresión y disfunción cerebral. La consistencia interna de las escalas se sitúa alrededor de 0,73.

d) "Cuestionario de Diagnóstico de la Personalidad" *(Personality Diagnostic Questionaire, PDQ)* (Morey, 1991). Consta de once escalas clínicas, cinco de tratamiento, dos escalas interpersonales y 4 escalas de validez; tiene 344 preguntas. De las escalas clínicas, sólo tres de ellas, paranoia, personalidad límite y personalidad antisocial, se corresponden directamente con los trastornos de la personalidad tal como son expuestos en el DSM. Diez escalas se subdividen, a su vez, en subescalas con un número de ítems entre seis y ocho. Así, la escala de paranoia contiene las subescalas de hipervigilancia, persecución y resentimiento.

e) "Cuestionario de la Personalidad Adaptativa y No Adaptativa" *(Schedule of Non Adaptative and Adaptative Personality, SNAP; Clark, 1990)*. Se basa en el modelo teórico del temperamento desarrollado por Tellegen (1982), aunque su elaboración psicométrica proviene del análisis factorial de la sintomatología de los trastornos de la personalidad. Está formado por escalas de rasgos disfuncionales de la personalidad. Contiene 375 ítems del tipo verdadero-falso. Las doce dimensiones resultantes después del proceso de elaboración han sido: desconfianza, manipulación, agresión, autoagresión, percepciones excéntricas, dependencia, exhibicionismo, grandiosidad, aislamiento, impulsividad, meticulosidad y adicción al trabajo. La consistencia interna de las escalas es alta y oscila entre 0,76 y 0,85.

f) "Inventario para los Trastornos de Personalidad de Wisconsin" *(Wisconsin Personality Disorders Inventory)*. Fue elaborado por Klein *et al.* (1993). Consta de 360 preguntas y evalúa directamente los trastornos de la personalidad tal como son descritos en el DSM-III-R. Se deriva del modelo de relaciones interpersonales. Tiene 224 ítems que se responden en una escala de 1-10. Ha sido elaborada una nueva versión, *Wisconsin Personality Disorders Inventory* (WISPI-IV) para adaptarlo al DSM-IV (Smith, Klein y Benjamin. (2003).

15.3. La evaluación mediante entrevistas

Las entrevistas suelen ser consideradas como el modo más riguroso de evaluación debido al sistema de recogida de información, directa e interactiva, lo que permite el control de la misma. No obstante, no deberían descuidarse los propios sesgos que puede entrañar este tipo de situación y la ilusión y la falacia de control que puede crearse. Sutherland (1996) ha criticado la situación de entrevista para la evaluación interpersonal fundamentándose en los procesos de formación de impresiones.

El uso de entrevistas semiestructuradas en el ámbito de la psicopatología se desarrolló especialmente a partir de la década de 1970 (Spitzer y Williams, 1985). El primer trastorno de la personalidad diagnosticado a partir de una entrevista fue el trastorno antisocial de la personalidad (Klerman, 1978). El trastorno límite lo fue en segundo lugar, pero se hizo necesaria la aparición del DSM-III para que el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas adquiriese consistencia y expansión (Widiger y Frances, 1987).

Las entrevistas estructuradas requieren un tiempo de aplicación prolongado y normalmente exigen su realización por personal especialmente preparado y entrenado. El gran problema de las entrevistas es determinar la fiabilidad y la validez que puede tener la información facilitada por los mismos pacientes. Una posible solución es minimizar los juicios subjetivos e inferencias del paciente preguntando más acerca de conductas concretas que de opiniones sobre su forma habitual de ser. Algunas de las entrevistas expuestas en este apartado, como la SIPD, la SCID-II y la PIQ, utilizan esta metodología. Otra forma de evitar los posibles sesgos es el uso de información complementaria proveniente de familiares, amistades y conocidos o de cuidadores institucionales.

13.3.1. *Entrevistas generales*

a) "La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV" *(Structured Clinical Interview for DSM-IV. Axis II, SCID-II).* Ha sido desarrollada por First *et al.* (1997). Su característica más destacada es la particularidad de la incorporación de un cuestionario de autoinforme que debe ser cumplimentado antes de la entrevista, de forma que en ella sólo se pregunta sobre aquellos temas en los que se ha respondido positivamente. Consta de 121 cuestiones que se responden en una escala de cuatro puntos. Su característica más distintiva consiste en la estrecha proximidad a los criterios del DSM-IV. La entrevista comienza con unas preguntas generales y continúa analizando los trastornos específicos mediante la evaluación de ocho a doce síntomas por trastorno. Es facultativo del entrevistador poder pasar a otro trastorno cuando considere establecido que un trastorno no caracteriza al entrevistado. Ello facilita su aplicación y abrevia el tiempo de la misma. Por las características citadas ha sido considerada como una entrevista abierta. Las cuestiones del SCID (Spitzer *et al.,* 1990) se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM. Así por ejemplo, el criterio para evaluar el trastorno de la personalidad obsesivo "preocupación por los detalles, normas, listas, orden y organización hasta el punto de perder la vista de conjunto" se transforma en la cuestión del SCID *"¿Se preocupa frecuentemente por los detalles hasta el punto de olvidar el objetivo*?"

Ha sido esta característica de transformar los mismos criterios diagnósticos del DSM en ítems lo que la ha llevado a ser considerada como criterio externo para validar otros instrumentos debido a su validez de contenido y de constructo así como a su amplitud. La adaptación al castellano ha supuesto la reformulación de algunas cuestiones para mejorar su fiabilidad (Gómez Beneyto *et al,* 1994).

b) "Entrevista Estructurada para los Trastornos de la Personalidad" *(Structured Interview for Personality Disorders, SIPD).* Esta entrevista ha sido elaborada por Pfohl, Stangl y Zimmerman (1983). Consiste en 160 preguntas organizadas en dieciséis áreas de funcionamiento del tipo de autoestima, relaciones interpersonales y egocentrismo. Con frecuencia, las preguntas que se hacen son abiertas. Igualmente, el entrevistador es libre para hacer otras de ampliación o clarificación de lo que ya se ha dicho. Las cuestiones se evalúan en una escala de tres puntos al final de la entrevista, lo que permite una evaluación atendiendo a la totalidad de la información recogida. Stangl *et al.* (1985) consideran que su tiempo de aplicación aproximado oscila entre los 60 y 90 minutos, aunque debe añadirse 20-30 minutos para la elaboración del informe final. La SIPD-R es la versión revisada de SIPD. El problema de la SIPD es, como en algunos de los instrumentos revisados, que aunque la información obtenida es relevante y útil no resulta fácil trasladar sus resultados al diagnóstico diferencial de los trastornos de la personalidad.

El SIDP-IV está disponible en tres versiones (Pfhol, Blum, Zimmerman y Stangl, 1997) y permite tanto una evaluación categorial como dimensional del DSM-IV y de la CIE-10. Contiene 107 ítems.

c) "Examen de los Trastornos de la Personalidad" *(Personality Disorder Examination, PDE)* . Esta entrevista realizada por Loranger, Susman, Oldham y Russakoff (1985) reorganiza los criterios del DSM en temas referidos al trabajo, al sí mismo, las relaciones interpersonales, la percepción de la realidad y el control de los impulsos. Cada sección comienza con unas preguntas amplias y abiertas a las que el entrevistador puede añadir otras. El total de cuestiones es de 328. La entrevista dura, aproximadamente, de una a dos horas. El manual suministra un conjunto detallado de instrucciones así como numerosos ejemplos. Se ha construido una prueba paralela para aplicar a informadores. Los criterios diagnósticos se evalúan de dos formas. La primera, de corte estadístico, procede sumando las respuestas y comparando el resultado con un criterio umbral. El otro sistema es de tipo clínico y permite la consideración flexible de los resultados en función de la experiencia clínica. El PDE-R (Loranger, Susman, Oldham y Russakoff, 1987) es una revisión de la primera versión.

Su versión posterior ha dado lugar al "Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad" *(International Personality Disorder Examination)* (Loranger, Susman, Oldham, Rusakoff, 1987; Loranger, 1996), que utiliza los criterios para evaluar los trastornos de la personalidad tanto del DSM-IV (99 ítems) como de la CIE-10 (67 ítems). La entrevista tiene una especial relevancia debido a que está siendo utilizada por la OMS para estudios multinacionales y ha sido traducida a varios idiomas. La escala de respuesta tiene tres categorías (ausente, exagerado o patológico). En España ha sido adaptada por Pérez Urdaniz y Rubio Larrosa (1996).

d) "Esquema para la Evaluación de la Personalidad" *(Personality Assessment Schedule, PAS).* Esta entrevista, desarrollada por Tyrer y Alexander (1979), fue probablemente la primera entrevista general semiestructurada dedicada a la evaluación de los trastornos de la personalidad. Veinticuatro rasgos de la personalidad son evaluados en una escala de gravedad de 9 puntos. Para cada rasgo se preguntan una serie de cuestiones al paciente y a un informador. Aunque la PAS no es una evaluación directa de los trastornos de la personalidad, se suministra un sistema de transformación de las puntuaciones. Los 24 rasgos están agrupados a través de un análisis de conglomerados en cinco trastornos de la personalidad. Cada trastorno de la personalidad se evalúa a partir de cuatro o cinco de las dimensiones básicas directamente evaluadas, de forma que, por ejemplo, el trastorno paranoide es el resultado de las puntuaciones de suspicacia, sensibilidad, vulnerabilidad e irritabilidad, y el trastorno antisocial es el resultado de las puntuaciones de irritabilidad, impulsividad, agresividad, crueldad e irresponsabilidad.

15.3.2. Otras entrevistas generales

a) Las "Preguntas de Entrevista sobre la Personalidad" *(Personality Interview Questions,* PIQ; Widiger, 1985) fueron desarrolladas para la evaluación de la covariación y la consistencia interna de los criterios de diagnóstico de los trastornos de

la personalidad del DSM-III. Los conjuntos de criterios fueron organizados según áreas de contenido (control afectivo e implicación social) y desarrollados en 81 preguntas. Cada criterio es evaluado en una escala de 1 a 9. La entrevista dura aproximadamente de una a dos horas. Es posible su aplicación por entrevistadores forenses sin especial experiencia clínica.

La PIQ ha dado lugar, posteriormente, a la "Entrevista para los Trastornos de la Personalidad-IV" (*Personality Disorders Interview-IV,* PDI-IV; Widiger *et al.,* 1995). Contiene 93 grupos de preguntas que pueden ser registradas tanto de forma categorial como de forma dimensional debido a su escala de respuesta (ausente, rasgo, subumbral, umbral, moderado y exagerado).

b) "Evaluación Normalizada de la Personalidad" (*Standardized Asessment of Personality,* SAP). Es un protocolo de entrevista desarrollado por Mann, Jenkins, Cutting y Cowen (1981) para la evaluación de los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, ciclotímica, obsesiva, ansiosa, neurasténica, autoconsciente, sociopática e histérica. Su protocolo de entrevista tiene la característica única de haber sido desarrollado pensando en informadores y amistades del paciente. Utiliza un tipo de técnica que permite completar la entrevista en diez minutos.

c) "Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de la Personalidad-IV" *(Diagnostic Interview for Personality Disorders-IV, DIPD).* Ha sido elaborada por Zanarini, Frakenburg, Sickel y Young (1996). Es una entrevista clínica semiestructurada de 108 grupos de preguntas, cada uno de ellos dirigido a diagnosticar la presencia de los criterios específicos del DSM-IV.

15.3.3. *Relaciones entre cuestionarios y entrevistas*

Perry (1990) ha estudiado la concordancia entre los diagnósticos procedentes de entrevistas estructuradas y de cuestionarios. El nivel medio de concordancia encontrado en ocho estudios fue bajo (K= 0,25). La concordancia entre entrevistas era mayor que entre las entrevistas y los cuestionarios, lo que llevaba a concluir que, a pesar de la alta fiabilidad de ambos tipos de instrumentos, probablemente los resultados de ambos tipos no resulten comparables. Hills (1995) considera que los resultados entre las entrevistas y los cuestionarios no son intercambiables, tendiendo estos últimos a diagnosticar un mayor número de trastornos.

Suele darse muy poca concordancia entre los diagnósticos de los trastornos de la personalidad efectuados por los clínicos en ejercicio institucional y los autoinformes. En un estudio efectuado con 522 pacientes, los médicos diagnosticaron 0,87 trastornos de la personalidad por paciente. Sin embargo, cuando se les aplicó el PDQ se obtuvieron unos resultados que indicaban la presencia de 2,4 trastornos de la personalidad por sujeto (Hyler *et al.,* 1989).

En general, los datos indican que los cuestionarios de autoinforme tienden a aumentar el número de trastornos de la personalidad con respecto a las entrevistas clínicas (Hurt *et al.,* 1984; Edell, 1984). Una posible razón de ello es la tendencia a exagerar los sínto-

mas, proceso que se puede registrar mediante la elevación de la escala F del MMPI. Este tipo de elevación es típico de sujetos límite (Evans *et al.,* 1984; Hurt *et al.,* 1985). Esta tendencia podría ser común a diferentes trastornos de la personalidad (Widiger y Frances, 1987). Otro posible mecanismo sería la tendencia general a la aquiescencia en los cuestionarios. Una tercera explicación podría ser la resistencia de los clínicos en las entrevistas a detectar y diagnosticar numerosos trastornos de la personalidad debido a la dificultad para procesar y organizar clínicamente esta información. La perspectiva del clínico es establecer los patrones predominantes de la desadaptación psicológica, por lo que el exceso de categorías y trastornos, la información excesiva, resulta más bien contraproducente. Por el contrario, la estructura de los cuestionarios favorece el diagnóstico de tantos trastornos como el sujeto indique y el instrumento sea capaz de recoger.

Probablemente la estructura del autoinforme favorece la aparición de los sesgos de respuestas, pues puede resultar más fácil sesgar la información sobre el papel que en una situación interactiva en la que se puede demandar información complementaria y aclaratoria. Probablemente por ello la elaboración de los cuestionarios ha cuidado más el análisis de los sesgos de respuesta. Aspectos como la exageración de las respuestas, la aquiescencia, la negación y el intento de falsificación han sido incluidos en gran parte de los cuestionarios, proporcionando información al respecto. Por el contrario, el control de los sesgos de respuesta en las entrevistas clínicas ha sido confiado a la experiencia y madurez clínica del entrevistador, lo que no siempre puede constituir una garantía. Hare (1985) ha argumentado que los cuestionarios son instrumentos muy deficitarios para evaluar trastornos de la personalidad como el trastorno antisocial debido a las características del mismo trastorno que lleva a fingir ciertas conductas. Sin embargo, este problema no se evita en las entrevistas aunque la situación interactiva puede coartar su uso. En este contexto puede recordarse el trabajo clásico de Meehl (1954), en el que se mostraba que las predicciones clínicas resultaban, en general, menos acertadas que los métodos actuariales o estadísticos. Un problema común a los cuestionarios y entrevistas es la fiabilidad de la información suministrada cuando el sujeto está afectado por un síndrome del Eje I, lo que en algunos casos puede llevar a cambios importantes en su información.

Una forma de mejorar la información sobre los datos del sujeto consiste en la utilización de datos biográficos suministrados objetivamente por terceras personas o por instituciones. Un elemento complementario a las entrevistas y cuestionarios puede consistir en el uso de los informes de compañeros. Su uso puede ser especialmente válido en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad debido a las características de estos trastornos. Sin embargo, este enfoque no está exento de posibles sesgos de información debido a los vínculos emocionales entre informadores y pacientes. No obstante, en algunos casos, pueden proporcionar información difícilmente accesible tanto al clínico como al paciente. Pero su uso puede generar algunos problemas cuando la información suministrada es contradictoria; en tales casos no resulta fácil determinar qué fuente de información debe ser atendida (Girolamo y Reich, 1996).

Algunos autores (p. ej., Tyrer, 1995) han criticado la tendencia creciente en la evaluación de los trastornos de la personalidad a fundamentarse en los autoinformes del sujeto, proceso que conlleva una inevitable subjetivación de la evaluación. Ello es debido,

en parte, a la dificultad para integrar las informaciones provenientes de fuentes diferentes. Por ello, sería relevante establecer procedimientos complementarios analizando cuáles son las mejores fuentes de información y cómo integrarlas con las informaciones procedentes de los propios sujetos.

Probablemente una ventaja de los cuestionarios es la facilidad de su aplicación, individual y colectiva, lo que puede favorecer su uso en estudios epidemiológicos, ya que pueden ser aplicados con menor esfuerzo y en menos tiempo.

15.4. Listas de comprobación

Es un tipo de instrumento a medio camino entre los cuestionarios y los criterios de diagnóstico. Difieren de los criterios del DSM en que suelen ser más numerosos y en que suelen tener una fundamentación más estadística que clínica. Su uso en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad ha sido escaso.

a) "Lista para el Diagnóstico de la Personalidad de Millón" *(Millón Personality Diagnostic Checklist*, MPDC). Es una lista de adjetivos que identifica ocho áreas estructurales y funcionales. Inicialmente fue construida para ayudar a la elaboración y validación del MCMI-II. Se procedía solicitando a los clínicos completar el MPDC y suministrar tres posibles diagnósticos en orden de relevancia mientras los pacientes completaban el MCMI-II. En su forma original constaba de 240 ítems descriptivos de los trece trastornos de la personalidad descritos en el DSM-III-R, incluyendo los trastornos sádico y masoquista del apéndice. Cada trastorno estaba representado por 18 o 19 descriptores. Los ítems fueron desarrollados a partir del modelo biopsicosocial de la personalidad de Millón y a partir de los criterios del DSM-III-R. Las áreas funcionales eran: autoimagen, conducta interpersonal, estilo cognitivo, conducta observable y estado de ánimo/temperamento. Las otras áreas son de difícil interpretación clínica.

La versión actual consiste en 160 expresiones con suficiente poder predictivo y discriminante de los trastornos de la personalidad. Es un instrumento dirigido a los clínicos para que reconozcan e identifiquen las expresiones que definen a los pacientes. Gran parte de los clínicos identifican entre 35 y 50 expresiones. Cada expresión se puntúa en una escala de 1 a 3. La suma de todas las identificaciones presenta un perfil de la puntuación en cada uno de los trastornos de la personalidad.

b) "Lista de Adjetivos de la Personalidad" *(Personality Adjective Checklist, PACL).* Es una lista autoadministrada de 153 adjetivos elaborada por Millón a partir de su modelo de trastornos de la personalidad (Millón, 1969, 1981). El presupuesto básico del instrumento es que las personalidades normales y anormales están presentes en un mismo continuo, de forma que los trastornos de la personalidad no son sino una exageración de las conductas normales. En el desarrollo de la taxonomía de Millón (1994) se han distinguido cuatro puntos a lo largo del continuo

normalidad-anormalidad: normalidad, patología ligera, patología moderada y patología grave.

El modelo considera que son ocho los trastornos de la personalidad que pueden encontrarse en los cuatro grados de gravedad: antisocial, evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, agresiva y negativista. Los estilos graves de la personalidad, esquizoide, límite y paranoide no tendrían ninguna forma de manifestación en el lado de la personalidad normal. Para evaluar los ocho primeros trastornos de la personalidad el PACL desarrolla los siguientes rasgos de la personalidad: introvertido, inhibido, cooperativo, sociable, confiado, enérgico, respetuoso y sensible. Los tres tipos de estilos graves de la personalidad se evalúan conjuntamente a partir de un índice experimental denominado "Indicador del Problema" (*Problem Indicator,* PI). El PACL incluye tres índices de sesgos de respuesta que denomina aleatorio, favorable y desfavorable, tales índices tienen el objetivo de determinar si se ha respondido de forma inconsistente, de forma que se favorezca la propia imagen o que intente reflejar un mayor número de problemas de los realmente existentes.

Aunque la selección de los adjetivos fue efectuada para identificar los aspectos normales de los trastornos de la personalidad, también puede ser utilizado en poblaciones clínicas. Una puntuación elevada en la PACL no indicaría necesariamente un trastorno de la personalidad sino la presencia de rasgos indicativos. Por ello, la PACL debe considerarse más un instrumento para la evaluación de los aspectos menos patológicos que de los trastornos de la personalidad (Strack, 1991).

15.5. La evaluación específica de los trastornos de la personalidad

La evaluación específica de los diferentes trastornos de la personalidad tiene una situación muy diferente, pues mientras algunos trastornos, como el narcisista, tienen numerosos instrumentos específicos de evaluación, otros no cuentan con ninguno realmente específico.

15.5.1. Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)

La evaluación específica del trastorno paranoide apenas si cuenta con instrumentos propios. Fenigstein y Vanable (1992) han elaborado la "Escala de Paranoia" *(Paranoia Scale)* derivada parcialmente del MMPI y que puede aplicarse a poblaciones normales. Consta de 20 ítems. Los estudios psicométricos muestran buenos niveles de consistencia y de fiabilidad test-retest.

El "Cuestionario de Uno Mismo como Objetivo" (*Self-as-Target Questionnaire)* (Fenigstein, 1984) parte del modelo de la paranoia conceptualizada como resultado de la conducta cognitiva autorreferencial de la autoconciencia. El cuestionario consta de 8 situaciones que deben responderse optando por dos tipos de interpretaciones a la situación enunciada.

En el MMPI-II es común una puntuación elevada en la escala de paranoia. Las escalas de histeria, hipocondría y K tienden a ser altas, manifestando el uso de procesos de denegación. En el MCMI-II suelen ser comunes puntuaciones altas en las escalas de la personalidad agresivo/sádica y paranoide. Este trastorno suele ir asociado a trastornos antisocial, narcisista y pasivo-agresivo de la personalidad (Choca *et al.,* 1992).

15.5.2. *Trastorno esquizoide de la personalidad (60.1)*

En el MMPI-II puede fácilmente encontrarse un perfil normal en los sujetos que están bien integrados. En estas condiciones la introversión social suele ser alta (Lachar, 1974). Cuando el sujeto está bajo situaciones de estrés es habitual el aumento de las escalas de depresión y esquizofrenia. En el MCMI-II lo habitual suele ser una puntuación alta en la escala básica de la personalidad esquizoide con bajas puntuaciones en las escalas de la personalidad histriónica, narcisista y en el síndrome de hipomanía (Choca, Shanley y Denburg, 1992).

15.5.3. *Trastorno esquizotípico de la personalidad (F21)*

Probablemente uno de los instrumentos mejor Establecidos para la evaluación de los trastornos esquizotípicos sea la "Escala de Experiencias Disociativas" *(Dissociative Experience Scale,* DES; Bernstein y Putnam, 1986). Es un cuestionario de 28 preguntas con un tipo de respuesta en una escala visual analógica, aunque posteriormente ha cambiado el formato de respuesta. Su objetivo es evaluar las experiencias de perturbaciones de la propia identidad, memoria, autoconciencia y experiencias de desrealización y despersonalización. Las características psicométricas están bien establecidas.

La "Escala de Ideación Mágica" *(Magical Ideation Scale,* MIS; Eckblad y Chapman, 1983) es un cuestionario de 30 items del tipo verdadero/falso que evalúa las creencias consideradas como raras en una sociedad industrial y moderna. Una escala muy específica que evalúa el tipo de creencias en un mundo muy "peculiar" es la "Escala de Creencias paranormales" *(Paranormal Belief Scale,* PBS; Tobacik y Milford, 1983), la cual mide las creencias en religiones antiguas, formas tradicionales de vida, supersticiones y espiritismo.

El "Cuestionario de la Personalidad Esquizotípica" *"Schizotipal Personality Questionnaire,* Raine, 1991) incluye diferentes subescalas que evalúan las ideas de referencia, el pensamiento mágico, las viejas creencias y las experiencias inusuales. Fue elaborado para diagnosticar los criterios del DSM-III-R del trastorno esquizotípico de la personalidad, incluyendo escalas específicas para cada uno de los criterios diagnósticos.

El "Esquema para las Personalidades Esquizotípicas" *(Schedule for Schizotypal Personalities,* SSP) es parte de un inventario más amplio que incluye los trastornos límite y esquizotípico (Baron, Asnis y Gruen, 1981). El SSP evalúa diez áreas de funcionamiento psíquico: ilusiones, despersonalización y desrealización, ideas de referencia, suspicacia,

pensamiento mágico, relaciones inadecuadas, comunicación extraña, aislamiento social, ansiedad social e ilusiones/alucinaciones. Algunas de tales escalas pueden incluir subescalas. Cada área es evaluada sobre una base de cuatro puntos. Sus preguntas están basadas en el DSM-III.

La "Escala de Percepciones Extrañas" *(Perceptual Aberration Scale,* PABS; Chapman, Chapman y Raulin, 1978) es un cuestionario con 35 preguntas dicotómicas que evalúa experiencias perceptivas peculiares y percepciones particulares del propio cuerpo. Puede utilizarse en sujetos sin una grave perturbación.

Otros cuestionarios semejantes son la "Escala de la Personalidad Esquizotípica" *(Schizotipal Personality Scale,* STA; Claridge y Brooks, 1984) y el "Inventario de Rust de Cogniciones Esquizotípicas" *(Rust Inventory of Schizotipal Cognitions,* RISC; Rust, 1988). Algunos de los instrumentos que se mencionan en el apartado del trastorno esquizotípico pueden ser utilizados en el trastorno esquizoide.

En el MMPI-II, el perfil 2-7-8 (depresión, psicastenia y esquizofrenia) es el más probable (Edell, 1987). La Escala de Introversión Social suele igualmente ser alta. En el MCMI-II, las puntuaciones altas más habituales suelen ser las de la personalidad esquizotípica, evitativa y pasivo-agresiva (Edell, 1987).

15.5.4. *Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2)*

La "Lista de Psicopatía" *(Psychopathy Checklist,* PCL; Haré, 1980) consiste en 22 términos evaluados en una escala de gravedad del síntoma de tres puntos. Incluye tanto elementos de la personalidad (falta de remordimiento, falta de empatia, relaciones superficiales) como conductas expresamente consideradas e incluidas en el DSM como criterios de la personalidad antisocial (mentira patológica, conducta irresponsable).

El PCL-R (Hare, 1991) ha eliminado algunos elementos a fin de mejorar la estructura factorial del instrumento. Contiene 20 ítems. El primer factor, características psicopáticas, consta de ocho términos y se correlaciona negativamente con las medidas de empatia y ansiedad. Las personas que obtienen puntuaciones altas en el mismo suelen ser egocéntricas, manipuladoras, sin sentimientos de culpa y con frecuencia suelen tener conductas seductoras. El segundo factor, conductas desviadas, muestra correlaciones especialmente elevadas con el trastorno antisocial de la personalidad tal como es definido por el DSM. Los elementos se puntúan en una escala de 0 a 3 y se aplican tras analizar los datos disponibles y una entrevista clínica. Existen múltiples datos que muestran la validez del instrumento. No obstante, Clark y Harrison (2001) consideran que mientras una buena parte de los psicópatas que llegan a los tribunales son descritos correctamente por los criterios del DSM-IV, sólo una cuarta parte de ellos lo son por el PCL-R Complementariamente, Hare (1985) ha desarrollado la "Escala de Psicopatía por medio de Autoinforme" *(Self-Report Psychopaty Scale,* SRP), un cuestionario que consta de 29 ítems y que se responde sobre una base de 1 a 5 puntos.

El "Inventario de la Personalidad Psicopática" *(Psychopathic Personality Inventory)* fue desarrollado por Lilienfeld y Andrews (1996) para evaluar específicamente los ras-

gos de psicopatía, diferenciándolos de los actos antisociales en una población no delincuente. A través del análisis factorial se desarrollaron ocho factores: egocentrismo maquiavélico, energía social, frialdad, despreocupación, ausencia de miedo, exteriorización de la culpa, inconformidad impulsiva e inmunidad al estrés. Diversos estudios han mostrado una buena validez convergente con entrevistas y cuestionarios de la personalidad antisocial.

En el MMPI-II, el perfil 4-9/9-4, Psicopatía-Hipomanía, es considerado como el perfil clásico. Mientras que la escala 9 representaría el elemento activador de la conducta, la escala 4 representaría el aspecto cognitivo de la psicopatía. En el MCMI-II las escalas más destacadas suelen ser las personalidades narcisista y antisocial. Igualmente, son comunes puntuaciones altas en B "Abuso de alcohol" y T "Abuso de drogas". Suelen tener puntuaciones bajas en ansiedad, distimia y síndrome histeriforme.

15.5.5. *Trastorno límite de la personalidad (F60.31)*

La "Entrevista Diagnóstica para Sujetos Límite" *(Diagnostic Interview for Bordeliness,* DIB) es una entrevista elaborada a partir de la revisión efectuada por Gunderson y Singer (1975) de los criterios que definían al trastorno límite. Su aplicación dura aproximadamente entre 60 y 90 minutos y revisa cinco áreas de funcionamiento psíquico: adaptación social, impulsividad autodestructiva, afecto depresivo, estados disociativos y relaciones interpersonales. Los ítems incluyen tanto preguntas sencillas como otras más complejas y elaboradas. Su capacidad para diferenciar el trastorno límite de otros trastornos ha sido discutida, aunque ello puede provenir de las dificultades de definición del mismo trastorno.

La DIB-R es una revisión de la anterior (Gunderson, Kolb y Austin, 1981). Como en la versión original, tiene la dificultad de que fue elaborada antes de la publicación del DSM-III, por lo que el diagnóstico se hace en función de la propia formulación del trastorno. Establece cinco áreas de funcionamiento: adaptación social, patrón de acción impulsiva, emociones, pensamientos y relaciones interpersonales. En esta entrevista, el clínico es libre de buscar cuanta información considere relevante. Una cualidad de la entrevista es su capacidad para proporcionar una descripción clínica amplia del trastorno de la personalidad. Algunas investigaciones sugieren que las preguntas no discriminan suficientemente el síndrome tal como es definido por el DSM. Tampoco parece distinguir entre pacientes hospitalarios y no hospitalarios. Estos y otros problemas han originado una nueva revisión del cuestionario (Zanarini *et al.,* 1989). Una actualización reciente es la "Escala de Zanarini para la Evaluación del Trastorno Límite de la Personalidad" *(Zanarini Rating Scale for Bordeline Personality Disorder, ZAN-BPD),* elaborado específicamente para comprobar a lo largo del tiempo los cambios en este trastorno como resultado de la terapia (Zanarini, 2003).

El Indice del Síndrome Límite" *(Bordeline Syndrome Index,* BSI) es un cuestionario de 52 ítems de tipo verdadero/falso desarrollado por Conte *et al.* (1980). El BSI puede tener un problema de respuesta de aquiescencia, pues todos los ítems puntúan en la di-

rección de verdadero. Otros instrumentos para la evaluación del trastorno límite de la personalidad son el "Esquema para la Entrevista de Sujetos Límite" *(Schedule for Interviewing Bordeliness,* Baron y Gruen, 1980), la "Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad" *(Bordeline Personality Disorder Scale,* Perry, 1982) y el "Indice de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad" *(Bordeline Personality Disorder Severity Index)* (Arntz *et al.,* 2003).

En el MMPI-II son comunes puntuaciones altas en las Escalas de Depresión y Esquizofrenia. Igualmente, las Escalas de Introversión Social y de Corrección (K) suelen ser altas. En el MCMI-II es la Escala de la Personalidad Límite la que suele sobresalir, aunque acostumbra a ir acompañada de puntuaciones elevadas en la escala pasivo-agresiva. Pueden esperarse puntuaciones altas en las Escalas Clínicas de Ansiedad, Síndrome Histeriforme, Hipomanía y Distimia (Choca, Shanley y Demburg, 1992).

15.5.6. Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4)

En el MMPI-II, el perfil 2-3/3-2 (Depresión-Histeria) es el más común. La Escala de Depresión puede ser la más alta si los sujetos están clínicamente estresados; en caso contrario, la Escala de Histeria suele ser la predominante. En este tipo de trastornos se suele encontrar igualmente el perfil *3-4/4-3* (Histeria y Desviación Psicopática) y un perfil *4-9/9-4* (Desviación Psicopática e Hipomanía) (Graham, 1990).

15.5.7. Trastorno narcisista de la personalidad (F60.8)

La "Entrevista Diagnóstica para el Narcisismo" *(Diagnostic Interview for Narcisism,* DIN) es una entrevista elaborada por Gunderson, Ronningstom y Bodkin (1990) a partir de una revisión de la bibliografía y del estudio clínico de pacientes narcisistas. Consta de 33 cuestiones. Las preguntas se evalúan en una escala de 0 a 2 puntos. La administración de la entrevista requiere cuarenta y cinco minutos. La DIN evalúa el narcisismo en cinco áreas: grandiosidad, relaciones interpersonales, reactividad, estados de ánimo y adaptación. Grandiosidad, relaciones interpersonales y estados de ánimo se evalúan en el tramo de los tres últimos años, mientras que las otras dos se evalúan en el último año.

El "Inventario de la Personalidad Narcisista" *(Narcisistic Personality Inventory,* NPI; Raskin y Terry, 1988) es un cuestionario que tiene como objetivo la evaluación del narcisismo en la personalidad normal, aunque las puntuaciones extremas pueden ser un indicador del trastorno narcisista de la personalidad (Raskin y Hall, 1979). El NPI cuenta con 40 ítems de doble formulación y tiene índices de fiabilidad aceptables. Actualmente es la escala más utilizada para la evaluación del narcisismo. Complementariamente, Raskin y Novacek (1989) han desarrollado una escala de narcisismo a partir del MMPI con 47 ítems. La factorialización de la escala por Emmons (1987) ha proporcionado cuatro factores: manipulación, dominancia, arrogancia y autoadmiración. La escala muestra

correlaciones altas con el NPI del mismo autor y algo menores con la Escala del Trastorno narcisista desarrollada por Morey *et al.* (1985).

Solomon (1982) ha validado la escala "Trastorno Narcisista de la Personalidad" *(Narcisistic Personality Disorder,* NPD) elaborada a partir de 19 ítems de MMPI. O'Brien (1987) ha elaborado el "Inventario Multifásico de O'Brien para el Narcisismo" *(O'Brien Multiphasic Narcisism Inventory)* que consta de 75 ítems de formato dicotómico y comprende tres subescalas: trastorno de la personalidad narcisista, personalidad narcisista extremada y actitud artificial. La ventaja de este cuestionario es que, teóricamente, puede diferenciar entre personalidades narcisistas de tipo clínico y no clínico.

Una escala semejante es la desarrollada por Phares y Erskine (1984) para evaluar lo que ellos han llamado *"Selfism"* tratando de evitar las connotaciones psicoanalíticas del término narcisismo. La escala se fundamenta en el modelo del aprendizaje social de Rotter y consta de 28 ítems.

Wink (1992) ha desarrollado las "Escalas CAQ para el Narcisismo" *(CAQ Narcisism Scales)* que evalúan voluntariosidad, hipersensibilidad y autonomía. La consistencia interna de las escalas es buena y la correlación entre ellas moderada. Las correlaciones de la escala de voluntariosidad muestran que la escala está midiendo rebeldía, seguridad personal y exhibicionismo. La escala de hipersensibilidad se correlaciona con hostilidad e introversión, y según el autor evalúa el narcisismo encubierto. La escala de autonomía se correlaciona con creatividad, empatia, orientación de logro e individualismo, por lo que podría constituir, de nuevo según el autor, una variante sana de narcisismo. Wink y Gough (1990) han desarrollado una Escala de Narcisismo a partir de 39 ítems del MMPI *(Narcisism Scale of MMPI).* Los estudios psicométricos que aportan ambos autores son aceptables.

La "Escala para el Trastorno Narcisista de la Personalidad" *(Narcisistic Personality Disorder Scale,* NPDS; Ashby, 1978) es una escala desarrollada empíricamente a partir de un grupo de tratamiento y del fondo de ítems del MMPI. El solapamiento de algunos ítems con la escala de esquizofrenia podría estar indicando, según el autor, que evalúa aspectos relacionados con la sensibilidad emocional del sujeto. Diferentes estudios (p. ej., Emmons, 1987) señalan que su correlación con el NPI no es significativa, lo que indicaría que se están evaluando aspectos diferentes del narcisismo.

Trechera (1995) ha desarrollado el cuestionario *"N15",* un cuestionario de narcisismo que consta de tres factores básicos: narcisismo, maquiavelismo y dominancia y dos subescalas: falta de empatia y exhibicionismo. El cuestionario consta en total de 28 ítems y, según el autor, presenta una consistencia de 0,83. Complementariamente ha elaborado una lista de 48 adjetivos que da lugar a nueve factores: dominancia, inseguridad, logro, expresividad, defensividad, ética, empatia, sensibilidad a la crítica y agresividad.

En el MMPI-II, el perfil 4-9 (Desviación Psicopática e Hipomanía) suele ser frecuente o bien presentarse como una puntuación específicamente alta en hipomanía. Si tienden a ser recelosos e irritables, puede encontrarse una puntuación elevada en la Escala de la Personalidad Paranoide (Meyer, 1993).

En el MCMI-II se puede esperar una puntuación alta en personalidad narcisista. Las escalas básicas histriónica, antisocial y agresivo/sádica pueden estar igualmente elevadas.

Este tipo de trastorno suele ir unido a resistencias a admitir situaciones de estrés personal y debilidades propias, por lo que no son habituales puntuaciones altas en ansiedad, distimia y esquizotimia (Choca *et al.,* 1992).

15.5.8. *Trastorno de la personalidad por evitación (F60.6)*

Los instrumentos para evaluar el trastorno de la personalidad por evitación son prácticamente inexistentes. Una forma de acercarse a su medida es hacerlo mediante el constructo de apego-vinculación, que evalúa las tendencias de aproximación de los sujetos. Escalas de este tipo son: la "Entrevista para el Apego en los Adultos" *(Adult Attachment Interview,* Main y Goldwyn, 1990), el "Cuestionario sobre Relaciones" *(Relationships Questionnaire,* Bartolew y Horowitz, 1991) y el "Cuestionario para Adultos" *(Adult Questionnaire,* Shaver y Hazan, 1993).

En el MMPI-II, el perfil típico es el 2-7/7-2. Este perfil refleja depresión acerca de un rechazo asumido, así como aprehensión y dudas acerca de los demás. Cuando existe aislamiento social, se suele encontrar igualmente una alta puntuación en introversión social y una puntuación baja en hipomanía. En el MCMI-II se suele encontrar una puntuación de 85 o superior en la escala 2, personalidad evitativa, así como bajas puntuaciones en las escalas histriónica y obsesivo-compulsiva.

15.5.9. *Trastorno de la personalidad por dependencia (F60.7)*

El perfil más común en el MMPI-II es el 2-7/7-2, depresión-psicastenia. Es el perfil que caracteriza a sujetos dóciles y pasivos. Suele ser común una puntuación alta en histeria. La ausencia completa de resistencia a las coerciones de la autoridad puede revelarse en una puntuación baja en desviación psicopática. Igualmente una puntuación baja en hipomanía refleja pasividad y falta de iniciativa. En el MCMI-II suelen tener una puntuación alta en la Escala Básica de la Personalidad Dependiente. Cabe esperar igualmente puntuaciones altas en ansiedad (Choca *et al.* 1992).

15.5.10. *Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (F60.5)*

Lazare, Klerman y Armor (1966) fueron probablemente los primeros en desarrollar un instrumento de medida que tenía como objeto la obsesión como rasgo de la personalidad. La "Escala de Rasgos de Lazare Klerman" *(Lazare Klerman Trait Scale)* consiste en 200 cuestiones de respuesta dicotómica del tipo verdadero/falso. El cuestionario evalúa tres dimensiones: dependencia, obsesividad e histeria. La dimensión de obsesividad incluye los siguientes aspectos: orden, fuerza del superyó, perseverancia, obstinación, rigidez, parsimonia, restricción emocional, rechazo de otros y dudas personales.

El "NEO-PI-R" (Costa y McCrae, 1985) incluye una dimensión de escrupulosidad que puede asimilarse a los aspectos no clínicos de la obsesividad y compulsividad. Contiene las siguientes facetas: competencia, orden, sentido del deber, orientación al logro, autodisciplina y deliberación. Los estudios de Soldz (1993) muestran que existen correlaciones positivas y moderadas con la Escala del Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad según el MCMI-II.

En el MMPI-II se suele encontrar una puntuación moderadamente alta en Corrección (K). Las Escalas de Hipocondría y de Histeria suelen ser elevadas. Una puntuación elevada en la Escala Hipomanía revela el grado de autocracia y tendencia a ser dominantes en las relaciones interpersonales. En el MCMI-II se manifiesta en una puntuación alta en la escala básica de la personalidad compulsiva. No suelen tener una puntuación alta en la escala de ansiedad debido a que la expresan somáticamente; por ello cabe esperar una puntuación elevada en somatización (H).

15.5.11. Trastornos de la personalidad no especificados (F60.9)

Esta categoría de los trastornos de la personalidad incluida en el DSM-IV se reserva para los trastornos de la personalidad que no reúnen los criterios de diagnóstico de un trastorno específico, pero que, por otra parte, tienen las características generales de los trastornos de la personalidad. En esta categoría se incluyen igualmente aquellos trastornos específicos de la personalidad que no se han incluido en ninguno de los trastornos expuestos anteriormente. El ejemplo más claro es el trastorno pasivo-agresivo que estaba incluido en el DSM-III y en el DSM-III-R, pero que ha sido relegado al Apéndice en el DSM-IV debido a que se consideraba que su definición era demasiado amplia, más propia de un conjunto de trastornos que de un trastorno específico (Sperry, 1995).

En el MMPI-II el perfil más habitual de la personalidad pasivo-agresiva es el 3-4/4-3. Las personas con este trastorno y un perfil 4-6/6-4 (desviación psicopática y paranoia) suelen tener dificultades con frecuencia en controlar los impulsos agresivos y pueden mostrar tasas altas de agresividad hacia el otro sexo (Meyer, 1993).

En el MCMI-II estos individuos pueden tener una puntuación por encima de 85 en la Escala Pasivo-Agresiva. Igualmente, la Escala de la Personalidad Agresivo-Sádica puede resultar alta. Si los sujetos están estresados suelen tener puntuaciones altas en ansiedad, distimia y somatización (Meyer, 1993).

La "Entrevista Diagnóstica para la Personalidad Depresiva" *(Diagnostic Interview for Depresive Personality,* DIDP) (Philips, Gunderson, Hirschfeld y Smith, 1990) es una entrevista que se ha anticipado al DSM-IV al considerar determinados aspectos de la depresión como un posible elemento estructural de la personalidad. En la entrevista se busca establecer características estables y no sólo reactivas del sujeto, presentes a lo largo de toda la vida del mismo y, por lo tanto, posibles de considerar como rasgos de la personalidad inadaptativos de la persona. Un cuestionario reciente para la evaluación del trastorno depresivo de la personalidad es el "Inventario del Trastorno Depresivo de la Personalidad" *(Depresive Personality Disorder Inventory,* Huprich, Sanford y Smith, 2002).

15.6. La evaluación dimensional: los rasgos de la personalidad

Probablemente, una de las primeras propuestas del sistema dimensional como el mejor medio para evaluar los trastornos de la personalidad fue la efectuada por Frances (1982) poco después de la aparición del DSM-III. Desde entonces su defensa se ha multiplicado. Algo más tarde, durante la preparación del DSM-III-R, Widiger y Frances (1985) criticaban el sistema categorial como medio idóneo para la evaluación de los trastornos de la personalidad. Ambos autores, miembros del "Comité consultivo para los trastornos de la personalidad" *(Advisory Commitee on Personality Disorders)* del DSM-III-R, recomendaron la adopción de un sistema dimensional de clasificación. La incorporación de un modelo dimensional fue una alternativa manejada en la preparación del DSM-IV por el "Grupo de trabajo de los trastornos de la personalidad" *(Personality Disorders Work Group),* de forma que su utilización podría haber sustituido el actual uso criterial de diagnóstico (Widiger, 1991). Sin embargo, a pesar de tales intentos, desde la aparición del DSM-III el sistema de evaluación de los trastornos mentales ha descansado en un sistema básicamente categorial a pesar de las múltiples críticas al mismo.

El sistema categorial sería apropiado si se produjera una clara distinción entre la presencia y la ausencia del trastorno de la personalidad, pero no parece ser éste el caso. La revisión de estudios efectuada por Widiger y Sanderson (1995) encontró que los resultados parecían inconsistentes con una propuesta categorial de los trastornos de la personalidad y concluían proponiendo o sugiriendo una distribución normal de los criterios utilizados por el DSM.

En contra del uso categorial de diagnóstico está el fundamento arbitrario de la diferenciación entre la presencia y la ausencia del trastorno. Tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R no había apoyo empírico para el establecimiento de los umbrales críticos en nueve de los once trastornos, por lo que se basaron en el acuerdo de los miembros del "Comité consultivo para los trastornos de la personalidad" (Perry, 1990). Los umbrales para los trastornos límite y esquizotípico tenían alguna fúndamentación, aunque consistente exclusivamente en el acuerdo clínico. La naturaleza arbitraria de los umbrales de diferenciación se hacen más evidentes cuando se comparan el DSM-III y el DSM-III-R. La revisión efectuada por el DSM-III-R produjo un aumento de los diagnósticos de la personalidad esquizoide en un 800% y del diagnóstico del trastorno narcisista en un 350% (Morey, 1988b). Los datos encontrados por Morey sugieren que con el DSM-III cuatro trastornos de la personalidad (narcisista, histriónico, paranoide y esquizoide) tenían un solapamiento del 50% con algún otro trastorno, pero que con la revisión efectuada por el DSM-III-R ocho de los once trastornos específicos manifestaban un grado semejante de solapamiento. Tales datos parecen indicar claramente que ni el punto de corte del DSM-III-R identificaba adecuadamente los trastornos de la personalidad ni los trastornos tenían una definición diferencial lo suficientemente discriminativa.

Dadas estas dificultades, una propuesta para el DSM-IV consistía en incorporar en el apéndice un modelo dimensional alternativo. Sin embargo, la ausencia de un consenso teórico dificultó una solución, lo que llevó a una propuesta que trataba de considerar las aportaciones de los teóricos más relevantes del área. Al final, se retuvieron siete dimensio-

nes de la personalidad: neuroticismo, introversión, dureza, antagonismo, cierre mental, dependencia y desorganización cognitiva (Widiger y Sanderson, 1995). La propuesta no consistía tanto en defender un modelo de siete dimensiones cuanto en proponer un modelo integrador. Al final, la propuesta quedó reducida a la inclusión de un apartado que mostrase la importancia de un sistema dimensional en la evaluación de los trastornos de la personalidad, incorporada en la introducción donde se trataban los mismos.

La solución de compromiso adoptada, y su escasa repercusión en el sistema real de evaluación, manifiesta claramente que sigue presente el reto de elaborar un conjunto o perfil de dimensiones que evalúen los trastornos psicológicos presentes en los diferentes trastornos de la personalidad (Widiger y Frances, 1987). Este enfoque permitiría una aproximación más funcional y sistemática, menos susceptible a la etiquetación de los trastornos de la personalidad (Costello, 1996b). Como Millón y Davis (1997) proponen, esta perspectiva permitiría considerar que "cada trastorno de la personalidad puede ser pensado como un conjunto consistente de características de la personalidad".

Son diferentes las ventajas que se han expuesto en defensa del sistema dimensional. Una de las razones es la excesiva existencia de solapamientos en los trastornos de la personalidad. El estudio efectuado por Hyler y Lyons (1988), mediante la utilización del análisis factorial sobre los criterios del DSM-III, indicaba claramente que un buen número de criterios, utilizados para evaluar diferentes trastornos, estaban evaluando, en realidad, el mismo fenómeno y que, en numerosos casos, un factor estaba compuesto por criterios provenientes de diferentes trastornos.

Otro argumento proviene de los datos suministrados por la fiabilidad y validez, que suelen ser mejores cuando se utilizan enfoques dimensionales. Widiger (1992) ha encontrado que sólo un trabajo, entre dieciséis, que empleaba enfoques criteriales era mejor que otros que utilizaban enfoques dimensionales. Lo mismo ocurre cuando se analiza la estabilidad temporal de la evaluación (Costello, 1996b). No es extraño, por ello, que la misma *Guía de uso del DSM-IV* reconozca que "parece muy probable que en el futuro los sistemas de clasificación de los diagnósticos de la personalidad sean dimensionales" (p. 446).

En la propuesta del modelo dimensional no parece aconsejable hacerlo al margen de cualquier modelo teórico. Una taxonomía de los rasgos subyacentes a los trastornos de la personalidad debería estar científicamente justificada y no reducirse simplemente a representar un conjunto de datos empíricos (Millón y Davis, 1997).

La perspectiva dimensional propone que los rasgos de la personalidad normales y anormales pertenecen a un mismo continuo, de forma que los trastornos de la personalidad no serían sino variantes desadaptativas de rasgos presentes en todas las personas con diferentes grados (Widiger y Costa, 1994); ello indicaría que la diferencia entre normalidad y anormalidad es más de grado que de tipo. Este planteamiento sugiere que los métodos válidos para la evaluación de la personalidad normal son aplicables en la evaluación de la personalidad anormal. La psicología clínica y la psicología de la personalidad pertenecen a una misma disciplina del conocimiento psicológico de los procesos de adaptación. Los conocimientos básicos de la psicología de la personalidad pueden ser aplicados al estudio y análisis de los trastornos de la personalidad; lo mismo sucedería a la in-

versa, de forma que el estudio de los problemas de desadaptación y conflictividad puede servir para el conocimiento de los procesos básicos de las personas.

Widiger y Costa (1994) han mostrado cómo el modelo dimensional de la personalidad conocido como los "Cinco grandes" *(Five Factor Model, FFM)* podría servir para evaluar los trastornos de la personalidad. Desde la perspectiva de ambos autores, y en función del análisis que efectúan con el *"FFM",* o modelo pentafactorial, se podría concluir que cada trastorno de la personalidad tendría un perfil específico en el modelo estructural de la personalidad representado por el *"FFM"* y que incluye los siguientes rasgos de la personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Amabilidad (A), Apertura a la experiencia (AE) y Responsabilidad (R). Como ejemplo de ello, presentan numerosos estudios efectuados con el modelo pentafactorial en la evaluación de los trastornos de la personalidad. Un ejemplo puede ser el siguiente esquema aplicado a los trastornos de la personalidad esquizoide, evitativa y límite:

EVALUACIÓN DIMENSIONAL DE LA PERSONALIDAD

	N	E	A	AE	R
T. P. Esquizoide	+	- - -	- -	- -	
T. P. Evitativa	+ + +	- - -		-	
T. P. Límite	+ + +	-		- - -	- -

Según este enfoque, el perfil de rasgos de la personalidad del trastorno esquizoide de la personalidad consistiría en una ligera tendencia al neuroticismo (N), una introversión muy alta (E), y una amabilidad (A) y apertura a la experiencia (AE) bajas. El trastorno de la personalidad por evitación se caracterizaría por un neuroticismo (N) y una introversión muy altos (E) y una tendencia a puntuaciones bajas en apertura a la experiencia (AE). Finalmente, el trastorno de la personalidad límite estaría caracterizado por neuroticismo muy alto (N), apertura a la experiencia (AE) muy baja, baja responsabilidad (R) y una tendencia a la introversión (E). El mismo sistema se podría aplicar al resto de trastornos de la personalidad. No obstante resulta discutible y poco consistente clínicamente la reducción de los trastornos de la personalidad a los perfiles clásicos de la personalidad.

La propuesta de Widiger y Costa (1994) consiste en derivar los trastornos de la personalidad a partir de uno de los modelos multirrasgo habituales en la descripción de la personalidad normal. Otras aproximaciones desde el modelo dimensional han optado por utilizar el enfoque monorrasgo, es decir, utilizar rasgos específicos de la personalidad claramente establecidos en investigaciones previas para fundamentar psicológicamente algunos de los trastornos de la personalidad. La aproximación ha consistido en tratar de establecer los posibles rasgos de la personalidad, subyacentes de forma transversal en los diferentes trastornos, y que, en parte, están recogidos y considerados en los mismos criterios del DSM. Un ejemplo de ello es la propuesta de Costello (1996a) de considerar

diez rasgos o dimensiones de la personalidad como factores subyacentes a los diferentes trastornos de la personalidad propuestos por el DSM-IV. La lista de Costello incluye los diez rasgos siguientes: agresividad, inestabilidad emocional, impulsividad, dependencia, narcisismo, distanciamiento, peculiariedad, paranoia, obsesividad y búsqueda de sensaciones.

Entre esta lista de dimensiones de la personalidad se puede observar que algunas de ellas, como el narcisismo, la paranoia, la agresividad o la inestabilidad emocional son prácticamente coincidentes con trastornos específicos del DSM. En este caso, la propuesta consiste en suponer que tales dimensiones no se reducen a sus trastornos específicos, sino que están presentes también en otros trastornos. Así, por ejemplo, la conducta agresiva, prototípica del trastorno antisocial, estaría presente en el trastorno límite, y la inestabilidad emocional, especialmente en sus aspectos negativos, se encontraría presente en los diferentes trastornos del Grupo B. Ello supone que la evaluación de tales dimensiones de la personalidad sirve, de forma directa, para los trastornos prototípicos e, indirectamente, para otros trastornos.

Otras dimensiones de la personalidad de las propuestas por Costello no están recogidas directamente en ninguno de los trastornos específicos, pero estarían presentes en diversos de ellos de forma transversal. Así, por ejemplo, el distanciamiento estaría presente en los trastornos antisocial, límite, esquizoide, esquizotípico y evitativo (Birtchnell, 1996). Igualmente, la peculiaridad o rareza de pensamiento estaría recogida de forma muy neta en los trastornos del Grupo A (Berebaum, 1996). Ello supone que la evaluación de tales dimensiones sirve, simultáneamente, para evaluar diferentes trastornos de la personalidad.

Desde el enfoque dimensional, Millón, Weiss, Millón y Davis (1994) han elaborado el "índice de Millón para los Estilos de la Personalidad" *(Millón Index Personality Styles, MIPS),* un cuestionario para la evaluación de estilos personales de adultos normales. El cuestionario se fundamenta en una ampliación del modelo de la personalidad desarrollado por Millón (1990) en el que trata de derivar los trastornos de la personalidad de tres polaridades básicas: la fuente de refuerzo: (intrapersonal/ interpersonal), las motivaciones básicas (búsqueda del placer/huida del dolor) y la estrategia del refuerzo (activa/pasiva). En este cuestionario las polaridades se basan en tres áreas específicas: estilos cognitivos, metas motivacionales y relaciones interpersonales. Las metas motivacionales incluyen tres polaridades: apertura/preservación, modificación/acomodación, individualismo/protección. Los estilos cognitivos incluyen cuatro polaridades: extraversión/introversión, sensación/intuición, reflexión/afecto, sistematización/innovación. Las relaciones interpersonales incluyen cinco polaridades: retraimiento/comunicación, duda/seguridad, discrepancia/conformidad, sometimiento/control e insatisfacción/concordancia.

El cuestionario consta de 180 cuestiones dicotómicas, tipo verdadero/falso y requiere normalmente un tiempo de aplicación aproximado de 30 minutos. Está adaptado al castellano por Sánchez-López y Aparicio (1998). Los estudios psicométricos originales han sido desarrollados con gran esmero (Weiss, 1997) y su análisis factorial sugiere una estructura pentafactorial consistente con el "Modelo de los Cinco Grandes" *(Five Factor Model)* (Weiss y Lowther, 1995), ya que aparecen los siguientes cinco factores: desadaptación, despreocupación, escrupulosidad, desagradabilidad y mentalidad cerrada.

15.7. Problemas y tendencias en la evaluación de los trastornos de la personalidad

La evaluación de los trastornos de la personalidad y su diagnóstico se resienten de los problemas básicos que tiene el mismo concepto de trastorno de la personalidad. La falta de medidas apropiadas depende, en buena medida, de los problemas básicos de indefinición y confusión que tienen tanto el concepto como los trastornos específicos propuestos en cada versión del DSM.

15.7.1. Problemas de diagnóstico y evaluación

Desde la aparición del DSM-III (1980) y su aportación de un eje específico, el Eje II, se han producido notables mejoras en el conocimiento, diagnóstico y evaluación de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, no son pocas las cuestiones básicas que quedan sin resolver, extensibles, en general, al ámbito de la evaluación de la personalidad anormal y normal. Pelechano, De Miguel y Hernández (1995) consideran cinco los problemas principales de la evaluación de los trastornos de la personalidad: 1) El establecimiento de los puntos de corte entre normalidad y anormalidad, 2) ausencia de consistencia interna en las categorías de los trastornos, 3) redundancia entre los síntomas de los trastornos, 4) comorbilidad y 5) solapamiento de síntomas de los Ejes I y II.

1. *El establecimiento de puntos de corte entre normalidad y anormalidad.* Widiger (1991, 1993) ha propuesto que mejor que establecer un corte categorial de presencia/ausencia del trastorno sería más correcto proponer una graduación del mismo en el que se dieran diferentes gradaciones antes de alcanzar la prototipicidad. Una posible propuesta sería la siguiente: 1) ausencia, 2) indicios, 3) inferior al umbral, 4) presencia, 5) presencia manifiesta, 6) prototipicidad.

El enfoque prototípico puede servir de puente entre el sistema categorial y el dimensional (Millón y Escovar, 1996). El modelo propone el establecimiento del conjunto de criterios de diagnóstico como forma prototípica del trastorno y en introducir el criterio de mayor o menor semejanza con el prototipo descrito por el DSM-IV. El conjunto de categorías de cada trastorno sería un prototipo de referencia que permitiría diferentes formas de aproximación graduada.

2. *Ausencia de consistencia interna en las categorías de los trastornos y redundancia de la sintomatología.* Ciertamente, las categorías de los trastornos de la personalidad en el sistema actual de clasificación del DSM-IV se caracterizan por la heterogeneidad. Así, por ejemplo, un trastorno como el de la personalidad límite puede presentarse en más de cien maneras formalmente diferentes, e informalmente en muchas más.

3 y 4. *Redundancia y comorbilidad.* La comorbilidad es la tendencia a presentar simultáneamente varios trastornos de la personalidad. Los estudios epidemiológicos indican un elevado índice de comorbilidad entre los diferentes trastornos de la personalidad (Widiger y Rogers, 1989). Son muchos los pacientes, especialmente los ingresados, que si satisfacen un criterio satisfacen varios al mismo tiempo. Los estudios de Oldham *et al.* (1992) encontraron patrones consistentes de comorbilidad que implicaban a los trastor-

nos narcisista, evitativo e histriónico, lo que sugeriría que la distinción entre ellos y otros trastornos sería más bien ficticia.

Alnaes y Torgersen (1988) han comunicado que la mitad de sus pacientes externos tenían al menos dos trastornos de la personalidad. Fyer (1988) ha informado de que el 46% de sus pacientes diagnosticados con trastorno límite tiene dos o más trastornos de la personalidad presentes. Los mismos autores insisten en que lo habitual es el diagnóstico de varios trastornos en un mismo sujeto. En especial, el trastorno límite es raramente diagnosticado sin que estén igualmente presentes otros trastornos del Grupo B.

La comorbilidad puede señalar la complejidad real de los procesos y la interacción entre los diferentes trastornos, pero puede estar indicando, igualmente, una mala definición operacional de los mismos. De hecho, su presencia como un fenómeno común y generalizado es una seria dificultad que afecta a la validez diferencial de su evaluación y diagnóstico. Según Tyrer (1995), el concepto de comorbilidad esconde la confusión conceptual que existe en torno a los trastornos de la personalidad. Como comentan Tyrer, Casey y Fergusson (1991), esta proliferación del diagnóstico puede llegar a invalidar su misma práctica y ejercicio, además de resultar poco económica. El uso de múltiples diagnósticos conduce, generalmente, a la confusión clínica y a la indecisión ante el tratamiento.

Sería posible que esta redundancia fuera el efecto de procesos subyacentes básicos que podrían conjuntar los diferentes síntomas. Quizá algunos síntomas sean comunes a diferentes trastornos, como ocurre en la sintomatología médica general. Un síntoma, como el aislamiento social, es realmente propio del trastorno esquizoide, del esquizotímico y del trastorno evitativo; por ello, su insuficiencia discriminativa no parece una razón suficiente para la supresión del mismo. El modelo ateórico de los trastornos de la personalidad en el DSM y, de forma más general, la falta actual de conocimientos suficientes acerca de los procesos de la personalidad subyacentes, han facilitado y favorecido tanto la falta de consistencia como la redundancia de los síntomas descritos. Es probable que el progreso en el conocimiento de los trastornos de la personalidad lleve a considerar a éstos no como entidades nosológicas aisladas, como en el panorama actual, sino como trastornos de procesos interactivos y convergentes, lo que serviría para dar unidad a cada trastorno, señalar las diferencias y establecer líneas de vinculación entre ellos (Grove y Tellegen, 1991).

5. *Solapamiento de síntomas del Eje I y del Eje II.* En el DSM existe una clara inconsistencia en la propuesta de qué trastornos pertenecen al Eje I y al Eje II. El DSM-IV, cuando incorpora en el Apéndice B el trastorno depresivo de la personalidad, está indicando claramente que una misma sintomatología puede provenir de procesos reactivos, Eje I, o de procesos estables y generalizados, Eje II. El problema de fondo es el límite borroso entre el Eje I y el Eje II. Millón y Escovar (1996) han expuesto los diferentes modelos que relacionan los trastornos del Eje I y del Eje II. Existen síndromes del Eje I que tienen un inicio temprano y un desarrollo crónico, como los trastornos distímicos, la agorafobia o la esquizofrenia, por lo que puede resultar difícil su diferenciación de los trastornos de la personalidad. Otro ejemplo de ello es el trastorno de la personalidad explosiva que fue excluido del Eje II en el DSM-III porque consiste más bien en un episodio

que en una característica permanente del sujeto. Sin embargo, el trastorno límite, que se caracteriza por trastornos episódicos de impulsividad y falta de control, se clasifica en el Eje II.

Tyrer *et al.* (1991) defienden la existencia de ambos ejes no como categorías exclusivas, sino complementarias. La elaboración del Eje II por primera vez en el DSM-III tenía la función de aclarar los procesos y el desarrollo de la sintomatología del Eje I así como complementarla, sin que ello supusiera una oposición entre ambos. No obstante, sigue presente el frecuente margen borroso entre uno y otro.

15.7.2. *Tendencias*

En los últimos años han aparecido algunas tendencias en la evaluación de los trastornos de la personalidad. Probablemente, las más consistentes sean la tendencia a la consideración de subgrupos dentro de cada trastorno y las sugerencias de utilización conjunta de sistemas categoriales y dimensionales en la evaluación. Complementariamente, puede incluirse la propuesta de reestructurar la clasificación a fin de evitar algunos de los problemas conceptuales aludidos.

La evaluación de subgrupos. La aparición de la obra de Millón y Davis (1996) *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV* significó la aparición de la tendencia a elaborar subtipos dentro de cada trastorno de la personalidad. Así, por ejemplo, en el trastorno esquizoide podrían distinguirse los subtipos lánguido, distante, embotado y despersonalizado. Este tipo de propuestas puede presentarse como un refinamiento de la evaluación y la clasificación nosológica, al mismo tiempo que ayuda a tener una visión más amplia del trastorno. No obstante, el uso indiscriminado y generalizado de estas clasificaciones puede llevar a una cosificación del concepto y a una pérdida de la perspectiva teórica en el conocimiento de los procesos que subyacen a cada trastorno. El centro del interés en la evaluación y la clasificación de los trastornos de la personalidad no puede ponerse en distinguir modalidades cuando los procesos fundamentales y la misma taxonomía básica dista mucho de estar establecida. La multiplicación de las tipologías internas dentro de cada trastorno puede proporcionar más confusión que beneficios descriptivos.

La utilización conjunta de los enfoques dimensional y criterial. Probablemente se vea en los próximos años la utilización conjunta de criterios dimensionales y categoriales (Tyrer, 1995). En realidad, la utilización del sistema de evaluación dimensional no se contrapone al uso del modelo categorial del DSM-IV, sino que lo matiza y precisa. El supuesto de que los rasgos de la personalidad subyacentes a los trastornos de la personalidad se distribuyen de forma continua es compatible con el modelo del DSM. El uso de los modelos dimensionales ni siquiera descarta la diferenciación entre subgrupos o subtipos, tales como los propuestos por Millón y Davis (1996), sino que una técnica de análisis de conglomerados permitiría distinguirlos de forma empírica en cada trastorno de la personalidad.

La reducción o reestructuración del número de trastornos. Otra tendencia actual consiste en la propuesta de reducir el número de trastornos de la personalidad (Tyrer, 1995).

Los análisis factoriales y de conglomerados sugieren cuatro grandes tipos: sociopático, dependiente, reservado y obsesivo-compulsivo (Lisveley y Jackson, 1992; Kass *et al.,* 1985). Algún autor como Tyrer (1995) plantea que se podría proponer un modelo de cinco factores semejante al desarrollado en el *"Five Factor Model"* de la personalidad normal. Aunque pueda ser claramente discutible cualquier propuesta concreta de reducción, el esfuerzo por hacer realmente diferencial la evaluación y el diagnóstico parece exigir una disminución del número de trastornos.

16

Formulación clínica de los trastornos de la personalidad

José Luis Graña Gómez*, J. Estíbaliz García Sánchez* y Marina J. Muñoz Rivas**
**Universidad Complutense de Madrid. **Universidad Autónoma de Madrid (España)*

16.1. Introducción

La formulación clínica es un procedimiento experimental que se fundamenta en el contraste de hipótesis con la finalidad de desarrollar una teoría clínica sobre la adquisición y mantenimiento de los problemas psicológicos que afectan al paciente y que, además, sirve para guiar y organizar el proceso terapéutico ajustándolo a las necesidades del mismo.

Para llevar a cabo la formulación clínica es necesario tener un referente teórico para sustentar los distintos aspectos que conlleva la evaluación de un trastorno de la personalidad y que, en nuestro caso, se apoya en una metodología empírica de prueba y refutación de hipótesis fundamentada desde una aproximación cognitivo-conductual. Turkat y Maisto (1985) propusieron que la formulación clínica de casos conlleva aplicar una aproximación científica al caso clínico, enfatizando que es importante aplicar tanto los procesos (conocimientos de las distintas áreas de la psicología que mediante la aplicación del método experimental sirven para generar y probar hipótesis) como los resultados (método mediante el cual se modifican los problemas clínicos que se están investigando) de la ciencia.

Para llevar a cabo la formulación clínica de casos, el principal método de investigación utilizado es la entrevista clínica, que nos sirve para obtener datos descriptivos relevantes y significativos que nos ayudan a formular una teoría y/o modelo psicopatológico para explicar los problemas que afectan a la vida del paciente. Las principales cuestiones a resolver son:

— ¿Cuáles son los problemas que presenta el paciente? (variables dependientes).
— ¿Cuándo, cómo y por qué empezaron estos problemas?, es decir, los antecedentes y las consecuencias de éstos (variables independientes).
— ¿-Cómo se relacionan los distintos problemas que presenta el paciente? (comienzo de cada problema).

— ¿Cuáles son los aspectos relevantes de la evolución del paciente con respecto a los problemas que presenta? (análisis evolutivo de cada uno).
- ¿Cuáles fueron los factores de predisposición al desarrollo del problema?

En la figura 16.1 se presentan las fases necesarias para llevar a cabo la formulación clínica de los trastornos de la personalidad y que se resumen de forma esquemática en fase descriptiva, fase inferencial, fase de tratamiento y fase de evaluación de resultados.

Desde un enfoque cognitivo-conductual, para analizar todas estas fases es importante desarrollarlas en una atmósfera empática, intentando comprender los distintos problemas que presenta el paciente en función de su propio contexto y poner de manifiesto las distintas relaciones causales que existen entre los problemas del paciente, siendo determinante este aspecto para facilitar y dirigir el proceso de generación de hipótesis sobre las causas y el mantenimiento de los mismos. El papel de la generación de hipótesis en la entrevista clínica tiene un doble sentido: *a)* cualquier información referente al caso que se va a evaluar (p. ej., desde el primer contacto telefónico) puede ser utilizada para desarrollar hipótesis y, *b)* a su vez, puede servir de base para generar otras preguntas dirigidas a verificar o rechazar las hipótesis que se van planteando.

Aunque en el contexto clínico el rigor experimental, tal como fue planteando originalmente por Shapiro (1957), generalmente no es posible ni deseable, debe guiar nuestra actuación un compromiso para confirmar y/o rechazar hipótesis mediante un cuestionamiento sistemático. Se han de poner en relación los distintos elementos significativos de la adquisición y mantenimiento de los diferentes problemas de la vida del paciente, aceptando que no deja de ser una estrategia muy subjetiva basada en la experiencia personal del clínico así como en los principios y teorías de la aproximación cognitivo-conductual. Es importante que el terapeuta revise de forma continua el proceso mediante el cual lleva a cabo la generación de hipótesis, intentando obtener puntos de vista complementarios, fundamentalmente con el propio paciente y con otros profesionales. Bruch (1998) sugiere que, de hecho, se trata de un procedimiento "pseudoexperimental" que se apoya en la lógica de la entrevista más que en la aplicación de experimentos controlados.

Al considerar la complejidad de los estilos de vida de los pacientes y la naturaleza idiosincrásica de los problemas a analizar, el terapeuta debe tener una gran formación clínica, tanto teórica como práctica, que le permita: *a)* desarrollar hipótesis adecuadas sobre la información que proporciona el paciente; *b)* plantear preguntas relevantes; y, *c)* evaluar simultáneamente el resultado de este proceso. Además de la entrevista clínica, a la hora de elaborar las hipótesis de evaluación el clínico también puede utilizar otras fuentes de información derivadas del contexto socio-ambiental del paciente, de las relaciones interpersonales que éste mantiene con los demás, de las observaciones sobre el funcionamiento del paciente en distintas áreas de su vida (personal, familiar, interpersonal, laboral y comunitaria), del tipo de respuestas que da a distintas escalas de autoinforme relacionadas con los problemas que presenta y de la aplicación de diversas pruebas psicométricas y/o proyectivas, considerando siempre que las hipótesis que se plantean en

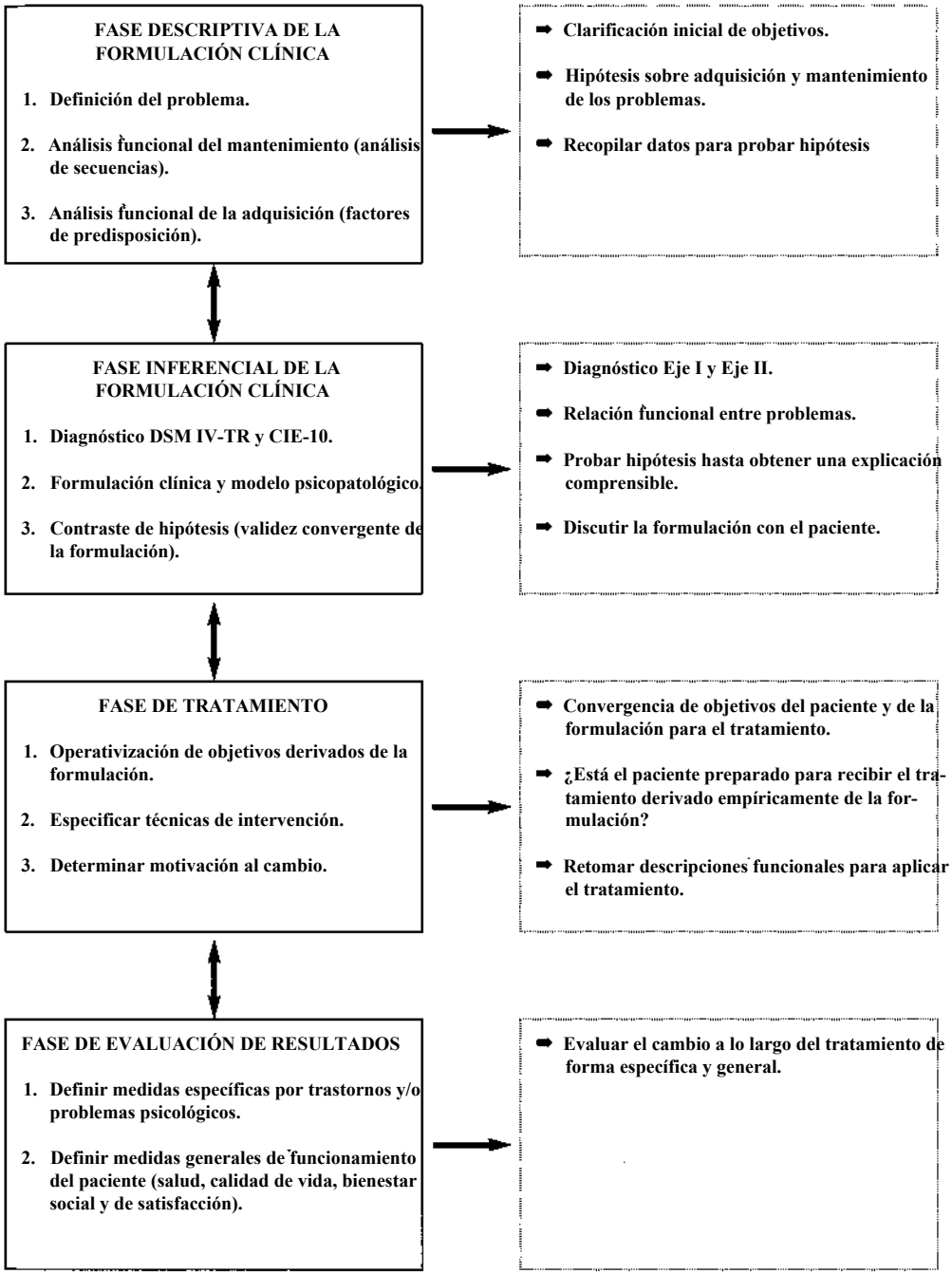


Figura 16.1. Formulación clínica de los trastornos de la personalidad.

las distintas etapas de la entrevista pueden ser erróneas y siempre deben estar apoyadas en datos aportados por el paciente mediante distintos métodos de evaluación, tal como acabamos de plantear.

A modo de resumen, la formulación clínica de casos conlleva tres etapas bien diferenciadas. Una primera fase en la que intentamos describir de forma operativa y pormenorizada los distintos problemas psicológicos del paciente; una segunda fase, en la que se procede a desarrollar un análisis inferencial que dé lugar al desarrollo de una teoría y/o modelo psicopatológico de estos problemas, intentando conjugar el diagnóstico psiquiátrico como una forma de definir operativa-inferencialmente los mismos; una tercera etapa dirigida a desarrollar una metodología de intervención basada en el modelo psicopatológico propuesto en el paso anterior y evaluar los resultados del proceso terapéutico basado en la formulación clínica planteada.

16.2,. Fase descriptiva de la formulación clínica

Para llevar a cabo la fase descriptiva de la formulación clínica deben analizarse los siguientes aspectos; definición de los problemas, análisis funcional de los mismos, análisis de adquisición y predisposición y exploración psicopatológica del paciente.

16.2.1. Definición del problema

Esta fase se inicia con la exposición, por parte del paciente, de los principales problemas que le llevan a buscar la ayuda de un profesional en ese momento de su vida y de los cambios que sería capaz de llevar a cabo para superarlos. Con el fin de operativizar esta información, el clínico debe dar una perspectiva temporal al análisis de los problemas planteados y, al mismo tiempo, priorizar cuál de ellos es el más importante o la forma en la que varios se organizan dentro de una misma categoría psicológica. Por lo tanto, es importante determinar tres aspectos: *a)* ¿qué problema es el más importante en la vida del sujeto en el momento actual (mantenimiento)?; *b)* ¿cuál de ellos sería más relevante en su historia (adquisición)?; y, *c)* ¿'cómo se operativizan psicológicamente?

Por ejemplo, al llegar a consulta una mujer de 33 años de edad, soltera, con una hija de 15 años y de profesión farmacéutica plantea la siguiente lista de problemas: ••

- *Manera negativa de ver la vida,* entendido como el creer que nada merece la pena, desesperanza en el futuro, pensar que siempre le va a pasar lo mismo y que nada va a cambiar.
- *Mala convivencia con su hija,* definido como discusiones constantes entre ambas, con alguna agresión por parte de la paciente hacia su hija, reconociendo que no está bien lo que hace aunque no sabe cómo resolver la situación y teme que a su hija le pase lo mismo que a ella.

- *Dificultad en la relación con los demás,* caracterizado por problemas para iniciar y/o mantener una conversación con personas del mismo o distinto sexo sin que se sienta ansiosa y se cuestione su capacidad para lograr su objetivo con éxito.
- *Dificultad en las relaciones de pareja.* Necesidad de encontrar a alguien que le quiera y con quien compartir todo. Cuando ha mantenido alguna relación, se cuestiona constantemente si es querida.
- *Falta de concentración,* tanto en el trabajo como a la hora de emprender cualquier actividad. En vez de prestar atención a lo que hablan los demás o a lo que está haciendo, está sumida en sus pensamientos negativos.
- *Pérdida de control con sentimientos de irritabilidad.* Se altera con facilidad ante situaciones de su vida personal, laboral y social dando lugar a altos niveles de tensión en distintas zonas de su cuerpo.
- *Insomnio.* Dificultad para iniciar y mantener el sueño.
- *Problemas en el trabajo.* Le parece un trabajo cansado y agotador que en absoluto le motiva, siendo la relación con los demás distante y defensiva.
- *Pensamientos negativos con autocrítica y culpabilidad.* Continuamente está evaluándose y adivinando qué estarán pensando los demás de ella, dando vueltas a todo lo que le sucede de forma obsesiva, infravalorando sus recursos personales y llegando a sentirse inútil.
- *Inseguridad y falta de confianza en sí misma.* Le cuesta mucho tomar decisiones o llevar a cabo las actividades de su vida diaria.

Una vez definidos los distintos problemas que presenta la paciente, sería muy difícil manejarlos todos de forma simultánea, por lo que el clínico debe relacionarlos de forma funcional (p. ej., qué contingencias los mantienen, considerando la interdependencia jerárquica entre todos ellos). Debe intentar determinar cómo se agruparían en dos o tres problemas que se puedan manejar mejor desde el punto de vista clínico. Así, parece obvio que las dos áreas más importantes en las que se ve afectada la vida de la paciente, en función de los problemas planteados serían, por una parte, la depresión clínica (p. ej., forma negativa de ver la vida, falta de concentración, insomnio, autocrítica con pensamientos obsesivos de inadecuación, falta de confianza en sí misma) y, por la otra, una seria dificultad en las relaciones interpersonales (p. ej., mala convivencia con su hija, dificultad en las relaciones con los demás y en las relaciones de pareja, miedo a perder el control y problemas en la relación con los compañeros del trabajo).

Otra forma complementaria de determinar la importancia de los problemas iniciales consiste en analizar, desde una perspectiva temporal y jerárquica, cuál de ellos es más incapacitante para la vida de la persona en el mantenimiento (actualidad) y cuál de ellos en la adquisición (historia). A este respecto, Koerner y Linehan (1997) plantearon que las estrategias de tratamiento dentro de la terapia dialéctica conductual para los trastornos de la personalidad abordaba los problemas del paciente de forma descendente en su nivel de importancia. Así, la primera etapa de la terapia se centraba en los comportamientos del paciente que eran amenazantes para su vida, como son los intentos suici-

das/homicidas y, posteriormente, el centro de atención de la terapia consistía en abordar los problemas que impedían potenciar la calidad de vida del paciente y las conductas necesarias para promover cambios positivos en su vida.

De esta forma, en el caso de un paciente que tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol, problemas laborales y problemas en su relación de pareja, podemos intentar jerarquizarlos considerando cuál de los tres sería el más incapacitante en el mantenimiento (en el momento actual, el consumo de alcohol sería el más importante desde un punto de vista jerárquico) o en la adquisición (donde el orden jerárquico de los mismos pudiera cambiar pasando a primer plano los problemas laborales [o de relación interpersonal en su adolescencia]); luego seguirían las relaciones de pareja y, por último, el consumo de alcohol (que en esos momentos se producía de forma esporádica [loa fines de semana] y surgía en el contexto de los problemas del paciente en las esferas laboral y personal).

Como acabamos de ver, la definición de los problemas del paciente es un fenómeno complejo y, generalmente, hay que plantear una serie de hipótesis iniciales para poder agruparlos y organizarlos de forma operativa con el fin de que sean más manejables desde un punto de vista clínico. Hay que conjugar la definición que el paciente hace de los mismos, en sus propias palabras, y la lectura clínica que debe hacer el terapeuta, para definir una o más categorías psicológicas que faciliten el trabajo de investigación clínica que se está iniciando. En muchas ocasiones, especialmente en la formulación de los trastornos de la personalidad, este objetivo lo conseguimos después de varias sesiones.

• *Caso clínico: Definición de problemas*

A lo largo del capítulo se va a exponer el caso de Laura, mujer de 30 años de edad, de profesión administrativo y que en la actualidad convive con sus padres y una hermana menor.

Cuando Laura acude a consulta presenta los siguientes problemas:

— Pensamientos catastróficos recurrentes de que algo malo le puede ocurrir, asociados a un miedo intenso a salir de casa y a las sensaciones que tiene cuando eso ocurre (ahogo, estómago revuelto, ganas de vomitar, sudoración, hormigueo, cansancio, temblor).
— Dificultad para salir de casa sola e ir a lugares alejados (fuera del pueblo donde vive) o desconocidos, presentando elevados niveles de ansiedad.
— Presencia de otros miedos (médicos, perros, quedarse sola, autobuses, ascensores, agujas/inyecciones), con altos niveles de ansiedad que le llevan a evitar y a escapar.
— Pensamientos obsesivos recurrentes relacionados con el orden y la limpieza y rituales derivados de la presencia de los mismos (p. ej., un pantalón sólo puede ponérselo dos veces, una camiseta con una arruga se echa al cubo de la ropa sucia y debe lavarse de nuevo para volverla a planchar).

— Mala convivencia familiar caracterizada por discusiones constantes entre ella y otros miembros de su familia, desencadenadas habitualmente por el tema de la limpieza/orden y agresiones físicas y verbales por parte de la paciente hacia su hermana.

Laura mantiene además desde hace años una relación sentimental que ella misma atribuye a la "rutina" y de la que se siente muy dependiente, cuestionándose constantemente si debería o no continuar. Su relación se caracteriza por constantes discusiones que se desencadenan, frecuentemente, por los problemas de juego patológico de su pareja, a los que ella intenta hacer frente y ocultar a los demás "para protegerle". Esto le crea una gran ansiedad al tener que desarrollar conductas de ocultación y mentiras hacia los demás sobre la relación que mantiene, así como sobre los problemas a los que se enfrenta (p. ej., pagar deudas contraídas por el juego, pagar a su pareja el alquiler de la vivienda, etc.).

Ante estas y otras situaciones de la vida cotidiana, la paciente presenta una importante incapacidad para resolver problemas y tomar decisiones por sí misma, así como inseguridad y falta de confianza en uno mismo, presentando irritabilidad, tristeza, bajo estado de ánimo, pensamientos negativos sobre sí misma, la vida y el futuro y pérdida de placer e interés por las cosas.

Actualmente está recibiendo tratamiento farmacológico: Tranquimacín Retard® (1-0-1), Motivan® (0-1-0) y Orfidal® cuando lo precisa. La medicación le ha servido para reducir las sensaciones de ansiedad (no ha vuelto a tener ningún ataque de pánico) pero no ha disminuido su miedo a salir de casa. Además, la paciente muestra un enorme deseo de dejar de tomarla debido a los efectos secundarios.

Los problemas que la paciente presenta se pueden agrupar en tres grandes categorías psicológicas:

— Agorafobia e incapacidad para estar sola y necesidad de tener a alguien a su lado constantemente (de ahí el miedo a salir de casa, incapacidad para tomar decisiones y mantenimiento de una relación de pareja insatisfactoria).
— Obsesiones-compulsiones.
— Depresión clínica.

El problema más importante, desde el punto de vista del origen y teniendo en cuenta una perspectiva temporal, es la incapacidad para estar sola y la necesidad de tener constantemente a alguien a su lado. No obstante, en el momento en que Laura acude a consulta el que parece más urgente de ser tratado hace referencia a las conductas de limpieza/orden por el malestar que le genera a nivel personal y familiar.

Los objetivos que la paciente se plantea para la terapia son: no tener "esos miedos" (a salir de casa sola, ir a lugares alejados o desconocidos, a montar en autobús, a las inyecciones y ascensores) y poder ir sola a los sitios no dependiendo de nadie, dejar la medicación pero estar bien (sin ansiedad y más animada), no tener tantas preocupa-

ciones y poder salir de casa *"sin pensar que tiene que limpiar" y* saber si debe seguir o no con su pareja.

16.2.2. *Análisis funcional descriptivo*

El análisis funcional es el método de descripción más útil utilizado en el campo de la psicología clínica, ya que posibilita describir pormenorizadamente los problemas del paciente de forma relacional. El esquema típico utilizado como guía para llevar a cabo el análisis funcional se caracteriza por la descripción de los antecedentes, las respuestas y las consecuencias a corto y a largo plazo (véase el cuadro 16.1). * * * * •

Cuadro 16.1. *Matriz descriptiva del análisis funcional.*

	Antecedentes	Conductas	Consecuencias
Ambiental	X		X
Cognitiva	X	X	X
Somática	X	X	X
Afectiva	X	X	X
Motora	X	X	X

A) Antecedentes

- *Antecedentes ambientales/contextuales del problema* (lugar, tiempo y sucesos desencadenantes). Describe algunas situaciones recientes en las que ha surgido el problema: ¿dónde estabas?, ¿cuándo fue?, normalmente ¿cuándo suele surgir?, ¿dónde suele ocurrir?, ¿ocurre siempre en los mismos lugares y en los mismos momentos del día?
- *Antecedentes cognitivos.* ¿Qué tipo de imágenes sueles tener antes de que ocurra el problema?, ¿qué pensamientos tienes antes de que surja?, ¿puedes identificar algún pensamiento en particular que parece provocar y/o desencadenar el problema?
- *Antecedentes conductuales.* ¿Puedes identificar algún patrón de conducta que ocurra justo antes del problema?
- *Antecedentes somáticos.* ¿Qué sucede en tu interior justo antes de que surja el problema?, ¿eres consciente de alguna molestia o sensación en particular que surge o empeora justo antes de iniciarse?, ¿existe alguna sensación orgánica que parece ocurrir antes del problema o cuando empieza, que aumente o disminuya la probabilidad de su aparición?

B) Respuestas

- *Cogniciones, creencias y diálogo interno* (pensamientos útiles, inútiles, racionales, irracionales, diálogo interno, percepciones *y* falsas percepciones). ¿Podrías describir qué tipo de pensamientos o imágenes pasan por tu mente cuando ocurre esto?, ¿qué te dices a ti mismo cuando ocurre algo así?, pongámonos en la situación: imagínate que estás algo molesto contigo mismo, repasa la escena *y* cuéntame las imágenes que pasan por tu mente, dime cómo cambian las escenas o los pensamientos o el diálogo, ¿qué te dices a ti mismo cuando sobreviene la escena?, completa las siguientes frases: "yo debería...", "las personas deberían...", "sería horrible que...".
- *Sensaciones somáticas* (sensaciones físicas, respuestas psicofisiológicas). ¿Qué suele pasar dentro de ti en estos momentos?, ¿qué sueles notar en tu cuerpo cuando esto sucede?, ¿de qué sueles ser consciente en esa situación?
- *Afecto, sentimientos, emociones y estados de ánimo.* ¿Qué sientes cuando esto ocurre?, ¿qué otros sentimientos sueles tener cuando te enfrentas a esta situación?, ¿qué sentimientos esconde o cubre este problema?
- *Conductas manifiestas o respuestas motoras* (comportamientos observables, acciones, excesos y déficit). Si fotografiáramos la escena, ¿qué acciones y diálogos recogería la cámara?, ¿qué haces cuando ocurre esto?, describe lo que hiciste las últimas veces que estabas en esa situación.

El análisis de los sistemas de respuesta permite describir de forma sistematizada el contenido de las respuestas del paciente y la interacción entre ellas. Así, es importante plantearse si los sistemas de respuesta se producen de forma sincrónica (alta correlación) o asincrónica (baja correlación). Existe un gran número de ejemplos sobre la discordancia y/o desincronía entre los modos de respuesta a lo largo del tiempo. En la bibliografía existen múltiples trabajos que ponen de manifiesto la asincronía o discordancia en diversos problemas psicológicos y/o trastornos mentales; por ejemplo, en las respuestas psicofisiológicas en personas con un trastorno de estrés postraumático (Blanchard *et al.,* 1994), en las respuestas afectivas y motoras tanto en individuos con trastornos de ansiedad y fobia social (Glass y Arnkoff, 1989) como en niños con miedos y trastornos de ansiedad (Finch y Mclntosh, 1990), y en respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas en los trastornos por dependencia de sustancias (Sobell *et al.,* 1994).

Para resolver este problema, Haynes y O'Brien (2000) han sugerido que la evaluación clínica conductual debe tener en cuenta una serie de condiciones: *a)* la evaluación debe centrarse en múltiples dimensiones de los problemas de conducta del paciente; *b)* la evaluación multidimensional debe realizarse de forma individual; *c)* la evaluación debe centrarse en las relaciones funcionales y en las variables causales de las dimensiones más importantes del problema del paciente; y, *d)* es necesario utilizar diferentes métodos de evaluación para identificar factores causales para las diferentes dimensiones de los problemas del paciente (entrevista, autoobservación, escalas, tests psicométricos y experimentos en situaciones análogas).

C) Consecuencias

Consecuencias ambientales/contextúales: ¿puedes identificar algún lugar o momento en particular que parece mantener/eliminar/mejorar el problema?

- *Consecuencias cognitivas.* ¿En qué sueles pensar cuando ha finalizado el problema?, ¿puedes identificar algún pensamiento o imagen que mejora/empeora el problema?
- *Consecuencias somáticas.* ¿De qué sensaciones orgánicas eres consciente justo después de haberse terminado el problema?, ¿cómo influye esto sobre el problema?, ¿se produce alguna sensación orgánica después del problema que parece fortalecerlo/debilitarlo?, ¿existe alguna condición física, enfermedad o molestia que parece ocurrir después del problema?, ¿cómo influye sobre él?
- *Consecuencias afectivas.* ¿Cómo te sientes después de que ocurre el problema?
- *Consecuencias relacionales del problema.* ¿Qué efectos produce este problema en tu vida relacional?, ¿cómo afecta a la relación con tus amigos y familiares?, ¿quién más está implicado en este problema?, ¿cómo?, ¿de quién crees que has aprendido a reaccionar de ese modo?

• Consideraciones prácticas

A nivel conceptual, para realizar de forma correcta el análisis funcional, el clínico debe considerar en el proceso de entrevista la variable "tiempo". Todas las ciencias llevan implícita esta variable que en psicología clínica es crucial, dado el dinamismo del comportamiento humano que suele cambiar hora a hora y minuto a minuto; de hecho, cualquier entrevista clínica conlleva el manejo de esta variable y el psicólogo, cuando plantea las preguntas a su paciente, siempre está manejando una escala temporal para poder llevar a cabo, de forma correcta, el análisis funcional.

Así, suele plantear preguntas con escalas de tiempo distintas que le posibilitan muestrear el comportamiento humano en distintos contextos y situaciones. Si se utiliza una escala temporal corta (por ejemplo, de uno a varios minutos) para analizar la relación entre antecedentes, conductas y consecuencias, podríamos plantear las siguientes preguntas para realizar el análisis funcional: "En el preciso instante en que estabas lavando tus manos por miedo a que se produjese una posible contaminación, ¿qué pensabas en ese momento, qué sentías, cómo reaccionó tu cuerpo y cómo lo hacías?". Para analizar las consecuencias preguntaríamos: "Una vez que dejaste de limpiar ¿qué pensabas en ese preciso instante, qué sentías, cómo reaccionó tu cuerpo, qué hiciste?". Como se puede observar, al utilizar escalas de tiempo pequeñas, la información que obtenemos es muy descriptiva y, a medida que las vamos ampliando, la información es más inferencial. Si las preguntas las planteamos con escalas de tiempo más amplias podremos confirmar la pauta de conducta característica de cada uno de los problemas operativizados que presenta el paciente cuando viene a consulta. Por ejemplo: "Cada vez que te lavaste las manos durante el día de ayer ¿qué pensabas, qué sentías, qué sensaciones somáticas tenías, qué hacías?". Desde un punto de vista clínico es recomendable, al realizar la entrevista

clínica, ampliar la escala temporal. Por ejemplo, se puede ampliar a la última semana y/o al último mes, aunque al iniciar la aplicación del análisis funcional es aconsejable utilizar escalas de tiempo más cortas e irlas ampliando para determinar una pauta característica de respuestas que el paciente va aportando, sobre todo ante los distintos antecedentes en los que suele manifestarse la conducta problema. Este procedimiento lo adoptamos para cada una de las categorías psicológicas y/o problemas operativizados, tal como se comentó en el apartado de definición del problema.

De hecho, esta forma de proceder a la hora de realizar la entrevista clínica sirve para muestrear el comportamiento humano bajo investigación y, en última instancia, obtener pruebas que sustenten nuestras hipótesis referentes al caso que estamos evaluando. Para llevar a cabo este muestreo desde un enfoque clínico se puede solicitar al paciente que nos cuente la última ocasión, la primera, la más grave, la más leve y/o situaciones diversas en las que ha ocurrido el problema que se esté investigando. Iremos organizando secuencias de análisis concretas en las que se determinará, mediante escalas temporales distintas, los antecedentes, las respuestas y las consecuencias, partiendo de lo más descriptivo hacia lo más inferencial.

Al analizar las respuestas del paciente es importante identificar el modo de respuesta dominante, ya que puede tener implicaciones causales en los demás sistemas y cara al tratamiento puede aportar señales para diseñar las estrategias de intervención. Para clarificar el sistema de respuestas se pueden analizar distintos parámetros de cada una de ellas, siendo los más importantes la frecuencia, la intensidad y duración y utilizando diferentes métodos de evaluación como la entrevista, la aplicación de escalas, los tests psicométricos, los experimentos en situaciones análogas y las observaciones y auto-observaciones.

El análisis de las consecuencias de un problema también debe hacerse utilizando un muestreo temporal diferente. Así, a corto plazo, tiene sentido analizar las consecuencias cognitivas, afectivas, somáticas y motoras ("la última vez que te lavaste las manos, justo al acabar ¿qué pensabas, sentías, cómo reaccionó tu cuerpo y qué hiciste justo en ese momento?"). No obstante, a medida que las escalas de tiempo aumentan, hacemos alusión a las consecuencias del problema más a medio y largo plazo, considerando la relación entre los distintos problemas del paciente y la globalidad de su comportamiento, detallando las repercusiones de los mismos en el área personal, familiar, laboral, interpersonal y comunitaria.

• *Caso clínico: Análisis funcionales*

A continuación se presentan de forma esquemática los distintos análisis funcionales obtenidos de las entrevistas clínicas realizadas para definir funcionalmente los tres problemas principales que presentaba Laura:

a) Agorafobia y miedo a estar sola (cuadro 16.2).
b) Obsesiones compulsiones (cuadro 16.3).
c) Depresión clínica (cuadro 16.4).

Cuadro 16,2. *Análisis funcional de la agorafobia y el miedo a estar sola.*

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
• *Externos* - Estar sola. - Salir de casa ("lugar seguro"). - Viajes "largos" (fuera de su pueblo). - Lugares desconocidos. - Almacenes, hospitales, autobuses, ascensores y cualquier lugar de donde salir puede resultar embarazoso o difícil. • *Internos* - Pensamientos anticipatorios de que tiene que ir sola a algún sitio, salir del pueblo. - Sentirse enferma. - Percibir sensaciones fisiológicas. - Pensar que no está con alguien que le vaya a proteger.	• *Cognitivas* - Esquemas cognitivos disfuncionales ("necesito alguien a mi lado, no puedo valerme por mi misma"). - Distorsiones cognitivas: adivinación de futuro ("me dará un ataque y todo el mundo estará pendiente"), pensamiento dicotómico ("si no estoy con él, no estaré con nadie"), lectura de mente ("haré el ridículo, los demás pensarán que soy tonta"), etiquetación ("soy una inútil"). - Pensamientos anticipatorios y catastróficos de que algo malo le puede ocurrir ("me va a dar un ataque y no lo podré soportar"). - Críticas a sí misma por su debilidad y sus problemas. - Pensamientos de inadecuación ("yo no puedo hacer esto", "no lo voy a lograr"). - Percepción de sí misma como desvalida. - Incapacidad para tomar decisiones por sí misma. - Evitación cognitiva. • *Somáticas/fisiológicas* - Ahogo. - "Nervios en el estómago". - Temblor. - Cansancio. - Sudoración. - Hormigueo. • *Motoras* - Preguntar a otros qué hacer ("¿qué hago con mi relación?"), búsqueda activa de consejos ("¿tú qué opinas?", "¿cuándo se lo digo?") y reaseguración ("¿lo he hecho bien?", "soy dependiente ¿verdad?"). - Quedarse en casa. - Evitación (no quedarse sola ni ir a lugares o situaciones temidos). - Huida. - Llanto. - Evitación de toma de decisiones. - Déficit de asertividad, pasividad. • *Afectivas/emocionales* - Miedo, temor. - Sentimientos de desvalimiento, incapacidad, fracaso, impotencia. - Apego excesivo. - Soledad. - Bajo estado de ánimo, tristeza.	• *A corto plazo* - Disminución de la ansiedad. - Recibe atención y cuidados del entorno. - No se queda sola. - No se enfrenta a situaciones incómodas (no se queda sola con el jefe, no va sola de compras, etc.). • *A largo plazo* PERSONALES - No le ocurre nada malo. - No le "abandonan". - Mantenimiento y consolidación de los esquemas cognitivos disfuncionales. - Baja autoestima. - Reducción de las actividades de ocio o de otro tipo. FAMILIARES - No le dejan que se quede sola. - Recibe atención y cuidados. SOCIALES - Recibe atención del entorno. - Reducción del círculo social.

Cuadro 16.3. *Análisis funcional de las obsesiones-compulsiones.*

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
• *Externos* - Ver algo que ella considera sucio (motas de polvo en el mueble). - Ver algo que no está "en su sitio": la figura no está totalmente de frente. - Ver un objeto en un lugar "inapropiado" (el bolso de su hermana en la silla del comedor). - Una camisa fuera de "su lugar" (una rosa entre las amarillas). - Objetos que otros han tocado y que no se limpian con frecuencia (p. ej., una silla en casa de P.). - Abrir un cajón y ver una camiseta que no está en la posición en la que ella la puso o verle una arruga (aunque sea mínima). - Un suelo fregado por otra persona. - Visitas en casa (p. ej., de su hermano y sus sobrinos). - Salir de casa. • *Internos* - Sentirse suda o "infectada". - Pensamientos sobre la limpieza/orden *("éste es el segundo día que me he puesto los pantalones")*.	• *Cognitivas* - Distorsiones cognitivas: pensamiento dicotómico *("o está limpio o está sucio")*, lectura de mente *("los demás pensarán que soy una guarra")*, sobregeneralización ("ellos siempre dejan la casa echa una asco"), "deberías" *("debo quedarme limpiando")*. - Pensamiento mágico/catastrófico de que algo malo puede ocurrir. - Obsesiones por el orden y la limpieza *("he dejado la casa sin fregar", "este bolso no puede estar encima de la mesa")*. - Atención selectiva. - Perfeccionismo *("si tiene una pequeña arruga, hay que echarla a lavar para plancharla de nuevo")*. • *Somáticas/fisiológicas* - Aumento de la activación • *Motoras* - Compulsiones de limpieza/orden (limpiar algo recién fregado por otra persona, colocar minuciosamente ciertos objetos como figuras, ropa..., lavar prendas no por la suciedad sino por el número de veces que se han puesto, no tocarse con las manos sucias, no sentarse en las sillas que considera "sucias", etc.). - Quedarse en casa. - Estallidos y discusiones con la familia: gritos, insultos, regañinas, agresión física y verbal. - Llanto. • *Afectivas/emocionales* - Irritabilidad. - Ira. - Enfado.	• *A corto plazo* - Aumento y posterior disminución de la ansiedad. - Recibe atención y cuidados del entorno. - No sale de casa. - No obtiene las consecuencias negativas esperadas por la no realización de la conducta. • *A largo plazo* PERSONALES - Reducción de las actividades placenteras. - Bajo estado de ánimo. FAMILIARES - Deterioro de las relaciones familiares. SOCIALES - Recibe atención del entorno. - Reducción del círculo social.

Cuadro 16.4. *Análisis funcional de la depresión clínica.*

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
• *Externos* - Tener que hacer algo que ella considera que no puede hacer (p. ej., ir con el jefe a Madrid). • *Internos* - Miedos y sensaciones de ansiedad. - Pensar que tiene que molestar a los demás para poder hacer determinadas cosas. - Pensar en su relación de pareja. - Pensar en sus "problemas" (pánico, agorafobia, etc.).	• *Cognitivas* - Esquemas cognitivos disfuncionales de desvalimiento ("sin los demás no puedo hacer nada"). - Distorsiones cognitivas: etiquetación ("soy una enferma", "soy una inútil"), adivinación de futuro ("no me divertiré"), lectura de mente ("pensará que estoy haciendo el ridículo"), catastrofismo ("no puedo soportarlo", "ayer fue un día horrible"), pensamiento dicotómico ("si no estoy con P no estaré con nadie"), sobregeneralización ("si no fui capaz de pincharme una vez, no lo seré nunca"), atención selectiva (ante un error en una tarea para casa: "no hice mis tareas bien"). - Críticas a sí misma por su debilidad y sus problemas. - Pensamientos de inadecuación. • *Somáticas/fisiológicas* - Cansancio. • *Motoras* - No salir de casa. - No realizar determinadas actividades. - Verbalizaciones sobre su estado ("no estoy bien"). • *Afectivas/emocionales* - Apatía. - Desgana. - Abulia. - Tristeza.	• A corto plazo - Recibe atención y cuidados del entorno. - No sale de casa. • A largo plazo PERSONALES - Reducción de las actividades placenteras. - Baja autoestima. FAMILIARES - Recibe atención de sus padres y hermana. SOCIALES - Recibe atención de sus amigas y de los compañeros de trabajo. - Reducción del círculo social.

16.2.3. *Análisis histórico*

La importancia de este tipo de análisis se deriva de la idea de que no se pueden prevenir los problemas conductuales futuros a no ser que se conozca cuáles son los determinantes etiológicos. Existe suficiente evidencia empírica para apoyar la hipótesis de que el mejor predictor global de la conducta futura es la conducta pasada (Turkat, 1986), por lo que para poder cambiar una conducta problema de forma permanente debemos conocer los agentes causales potenciales con los que tiene que competir.

Así pues, con este tipo de análisis se obtiene información que ayuda a aclarar la adquisición del problema, la evolución de la conducta del paciente antes del inicio de la(s) conducta(s) problema detectando posibles factores genéticos, orgánicos y ambientales y la experiencia que ha tenido el sujeto con distintos modelos de conducta (predisposición).

A) Adquisición y curso

Aquí investigamos las variables que han precipitado o desencadenado cada uno de los problemas preguntando al paciente por la primera vez en que le ocurrió el problema y su evolución a lo largo del tiempo. Muchas personas son capaces de plantear sus propias hipótesis sobre el origen de sus dificultades con precisión aunque, en muchos casos, la primera respuesta suele ser *"no tengo ni idea" y,* cuando esto sucede, es importante que el terapeuta sepa presionar empáticamente para obtener las hipótesis del paciente.

Para obtener los factores precipitantes, el terapeuta debe ser muy operativo en la descripción. De forma aplicada, se realiza un análisis sobre el curso y/o progresión de cada conducta desde su inicio hasta la situación actual, intentando responder a las siguientes preguntas: "¿Cuándo ocurrió el problema por primera vez?, ¿bajo qué circunstancias apareció (antecedentes)?, ¿cuáles fueron las consecuencias de la conducta para el individuo?, ¿cómo fue evolucionando la conducta-problema hasta la actualidad?

Aquí, de nuevo tiene importancia aplicar el análisis funcional descriptivo para determinar con precisión los antecedentes, las respuestas del sujeto en aquel momento y las consecuencias (p. ej.: ¿puedes describir la situación de forma detallada?, ¿qué pensaste en aquel momento y cómo te sentiste, cómo reaccionó tu cuerpo y, concretamente, qué hiciste?).

B) Factores de predisposición

Se analiza la situación general de cada individuo antes del inicio del problema para obtener información sobre variables genéticas, orgánicas, ambientales (contexto social, familiar, comunitario) y los modelos a los que ha sido expuesto. Es interesante analizar las relaciones familiares en la infancia y en la adolescencia (Turkat, 1986), formulando preguntas del tipo: ¿cuáles son las características (positivas, negativas) que el paciente ha observado en cada uno de sus padres?, ¿en qué medida él se parece a uno de ellos o a ambos o posee esos atributos?, ¿cómo fue su relación con ambos?, ¿qué normas existían en su familia de origen y quién las imponía?, ¿qué otras personas han sido significativas para él?

De forma más extensa, se puede investigar su historial médico, psiquiátrico y/o terapéutico previo, el desarrollo académico y/o profesional y evolutivo social (infancia, niñez, adolescencia, madurez), las experiencias sexuales, su formación religiosa, las relaciones sociales y otras variables relacionadas de interés (p. ej., estilo de vida, autocontrol, autoimagen ideal y real, recursos personales y aficciones más importantes).

A la hora de analizar los factores de predisposición, el terapeuta debe desarrollar hipótesis *a priori* sobre la relación entre los problemas del paciente y preguntarse: ¿qué variables espero encontrar como predisponentes para este tipo de problema si las relaciones hipotetizadas son correctas? No obstante, de nuevo, podemos intentar descubrir relaciones funcionales significativas si aplicamos el análisis funcional para poder averiguar los pensamientos, sentimientos y comportamiento del paciente ante determinados aspectos relevantes de su historia (p. ej., cuando se separaron tus padres, ¿cómo lo viviste, qué sentiste, cómo te comportaste y cómo cambió tu vida a raíz de aquella vivencia?).

De forma general, podemos agrupar los factores de predisposición en:

a) *Factores personales.* Dentro de éstos el más importante es la naturaleza de los esquemas cognitivos o sistemas de creencias del sujeto aprendidos a una edad temprana, profundamente enraizados y que parecen fomentar el desarrollo de esquemas estables sobre uno mismo. Como afirma Bruch (1998), "estos esquemas son muy relevantes para los procesos de autorregulación, especialmente con respecto a las conductas interpersonales, a las de logro y a las de afrontamiento". El sistema de creencias personal o los esquemas sobre uno mismo pueden constituir principios directrices de los estilos de vida y ser causa de los problemas psicológicos posteriores. En muchos casos, éste suele ser el origen de los trastornos de la personalidad que se codifican en el Eje II del DSM-IV-TR. Mediante el análisis de la historia del sujeto se pueden inferir variables relacionadas con miedos y conflictos básicos como, por ejemplo, la ansiedad de logro (en respuesta a expectativas elevadas para uno mismo por parte de los padres) o aquellas relacionadas con la consecución de la independencia frente a unos padres sobreprotectores. La comprensión de estas cuestiones ayuda a explicar el comienzo y el desarrollo de los síntomas. Esto es especialmente cierto en casos complejos, como los trastornos de la personalidad, donde la inexistencia de acontecimientos de naturaleza traumática convierte en inadecuadas las explicaciones basadas en un principio de condicionamiento (p. ej., esquemas de pensamiento favorables al maltrato en personas que son víctimas en la actualidad de maltrato físico y psicológico por parte de su pareja que también, en su infancia y adolescencia, fueron expuestos a relaciones familiares de abuso).
b) *Factores familiares.* La inferencia de las variables más relevantes de la historia e interacción familiar ayudan a comprender los esquemas personales del paciente.
c) *Factores sociales.* Es importante considerar cómo influyen los distintos contextos sociales en los que ha vivido el paciente a lo largo de su vida en el desarrollo del problema(s) psicológico(s) que le afecta(n) en la actualidad.

• *Otros datos relevantes*

Dentro del análisis descriptivo es importante considerar otras áreas que pueden aportar información relevante para desarrollar una buena formulación. Así, el conocimiento del estilo de vida del paciente así como la conducta interpersonal y, en concreto, la forma de relacionarse con los demás llegan a ser determinantes. El análisis de la faceta interpersonal permite descubrir la existencia de conductas inadecuadas, desadaptadas e inhibidas que pueden estar muy relacionadas con las quejas actuales.

También se puede estudiar la autoimagen del paciente "ideal", "real" y "social" para comprender las discrepancias existentes, entendiendo que esta percepción de uno mismo va a guardar una estrecha relación con el sistema de creencias personales. Así, el análisis funcional descriptivo partiría de la concepción que el paciente tiene de sí mismo en relación con las situaciones importantes que tiene que afrontar en su vida cotidiana.

Finalmente, es importante tener conocimiento sobre los recursos personales de los pacientes y sus capacidades de afrontamiento y autocontrol (p. ej., ¿en qué situaciones este problema ha mejorado o has tenido más capacidad de manejarlo?).

• *Caso clínico: Análisis histórico*

Adquisición y curso de las conductas-problema

Los problemas que Laura presenta tienen su origen a los 12 años, cuando tuvo un episodio depresivo desencadenado por un cambio de residencia a otro pueblo por razones de trabajo de sus padres. La paciente comenta qué supuso separarse de los amigos y perder el "puesto" que ocupaba en su pueblo (era popular), por lo que en el pueblo donde se trasladó no intentó integrarse ni encajar en el colegio, al presuponer que no le iban a aceptar. Al principio, se negaba a ir al colegio (lloraba, verbalizaba que no quería ir) aunque iba acompañada de su madre, hecho este que, por un lado, le gustaba al no sentirse sola pero, por otro, sentía vergüenza. En esta época le llevaron a un psicólogo que no le trató, dándole exclusivamente un placebo, y a un pediatra, que recomendó que no se le obligase a ir al colegio, afirmando que la niña tenía "una gran dependencia de la madre". Abandonó entonces el colegio ausentándose durante todo el curso escolar. A partir de entonces mejoró progresivamente y se incorporó al colegio en el curso siguiente con su hermana, estando ambas en el mismo grupo. Ese año conoció a P. (su actual pareja) que también le ayudó a sentirse mejor y se apuntó con su hermana a un equipo de baloncesto que salía a jugar fuera del pueblo.

Al terminar la educación obligatoria comenzó a estudiar peluquería, separándose de su hermana en el ámbito académico. En el segundo curso, a la edad de 16 años, tuvo una recaída que se desencadenó por un ataque de pánico en clase que, por vergüenza y temor a hacer el ridículo, logró aguantar no sin padecer grandes niveles de ansiedad. Interpretó este episodio como si algo terrible le hubiera podido pasar (morirse por asfixia) y desde entonces dejó el instituto y sus estudios de peluquería. A partir de entonces comenzaron a darle más ataques de pánico pasando por otro episodio depresivo, hasta que un médico le tranquilizó (explicándole que no se iba a morir por lo que le ocurría) y poco a poco los ataques comenzaron a desaparecer.

Después de dejar sus estudios, se dedicó plenamente a las labores domésticas (especialmente a la limpieza) que le hacían sentirse más segura y tranquila al estar en casa, llegando incluso a rechazar ofertas de trabajo por temor a nuevas crisis. Es en este momento en el que establecemos el origen de lo que ahora son las obsesiones por la limpieza/orden y las conductas compensatorias, ya que en este momento el quedarse en casa realizando las tareas del hogar le producía seguridad y era una excelente excusa para no tener que salir de casa y enfrentarse al miedo.

El trastorno del estado de ánimo, como se puede ver, ha aparecido en los momentos de su vida coincidiendo o no con el trastorno de pánico. El último episodio tuvo comienzo hace un año, coincidiendo con un agravamiento del trastorno de pánico (desencadenado por los efectos secundarios de una reacción alérgica) que le llevó a no salir de casa. Los miedos se han ido generalizando a distintas situaciones y estímulos y, en la actualidad, no va sola prácticamente a ningún sitio, siendo acompañada en la mayoría de los casos por su hermana, su madre y su novio. Aún estando acompañada, hay múltiples lugares y situaciones que evita por miedo a un ataque de pánico y a lo embarazoso de la situación.

En este momento, las obsesiones y compulsiones de limpieza y orden se han agravado causando un ambiente familiar tenso en el que las discusiones y los enfrentamientos son constantes. Además, la paciente ha limitado sus salidas de casa, preocupándose en exceso cuando sale por el tema de la limpieza y el orden, lo que le causa un gran malestar y repercute negativamente en su estado de ánimo.

La relación con su pareja está muy deteriorada y los problemas causados por la ludopatía de P. elevan los niveles de ansiedad de Laura, que se muestra constantemente irritable y a menudo triste, cansada, con sentimientos de desesperanza, criticándose a sí misma por su debilidad y sus problemas.

Factores de predisposición

Laura ha crecido dentro de una familia muy protectora. Desde niña, estaba muy apegada a su madre y desde los 12 años no se separó de ella (se iba con ella incluso a trabajar). Laura considera a su hermano mayor casi como a un padre por la forma en que la protegía y cuidaba. En este ambiente, no adquirió estrategias de afrontamiento ni de toma de decisiones, acudiendo a los demás ante cada situación problemática en busca de ayuda y consejo.

Su padre, cuando ésta era pequeña, tenía fobia a las agujas, siendo un modelo del que la paciente ha podido aprender las respuestas que en la actualidad mantiene.

Desde pequeña ha sido perfeccionista, característica que mantiene en la actualidad. Además se muestra excesivamente responsable, especialmente en lo que se refiere a las relaciones con los demás y a los sentimientos de éstos, teniendo un sentido de justicia y del bien exagerado.

Cuadro 16.5. *Resumen de los factores de predisposición (caso de Laura).*

Factores personales
- Personalidad dependiente.
- Necesidad de aprobación.
- Baja tolerancia a la incertidumbre.
- Perfeccionismo.
- Hiperresponsabilidad.
- Sentido de la justicia y del bien exacerbados.
- Manejo inadecuado de interacciones interpersonales con miedo al abandono.
- Antecedentes psiquiátricos (trastorno depresivo y crisis de ansiedad).
- Apego materno excesivo.

Factores familiares
- Ambiente familiar sobreprotector.
- Figuras paternas consentidoras.
- Modelo paterno con fobia a las agujas.

Factores sociales
- Pareja con problemas de juego patológico.

Un resumen de los factores de vulnerabilidad o predisposición se muestra en el cuadro 16.5.

Otros datos relevantes

La paciente acude a consulta intentando obtener una explicación sobre lo que le sucede y que le digamos lo que tiene que hacer. La interacción que mantiene en sesión con el terapeuta se caracteriza por una búsqueda constante de aprobación y por la necesidad de que sean los demás los que solucionen sus problemas en todas y cada una de las parcelas de su vida (*"dime lo que tengo que hacer con P y lo haré", "dime lo que debo hacer con el trabajo y lo haré", "¿qué es lo que siento por P.?", "dime que no me va a pasar nada, que vas a estar aquí, y haré la exposición", "si tú me lo mandas, yo lo hago").* Es una persona con cierto nivel de habilidades sociales, pero debido a la necesidad que tiene de ser aceptada y querida por los demás, tiene un gran miedo al rechazo, aspecto que incide de forma considerable en su disminuido autoconcepto y autoestima.

Laura viene muy motivada a la terapia y dada su dependencia, es esperable que sea una "buena paciente", realizando las tareas que se le pidan a lo largo del proceso terapéutico. Esto mismo dificultará otros procesos de la terapia a los que habrá que hacer frente, especialmente en la consecución de objetivos relacionados con el fomento de la autonomía, afrontamiento y toma de decisiones personales (por ejemplo, es esperable que si a la paciente se le pone como tarea la exposición a un gran almacén, lo realice por "no decepcionar a la terapeuta", lo que no favorecerá su proceso de autonomía).

La paciente tiene una autoimagen supeditada a lo que ella cree que son la opinión y valoraciones de los demás, dando lugar a una discrepancia entre una autoimagen negativa (débil, incapaz y no atractiva) y un autoconcepto positivo (inteligente, simpática y buena). Tiene una baja percepción de control sobre su problema y se ve incapaz de superarlo por sí misma (teniendo una imagen del psicólogo como "el que va a resolver sus problemas"), mostrando un locus de control externo y estable.

En cuanto a la exploración psicopatológica, la paciente no refiere alteraciones sensoperceptivas ni sensomotoras. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro de la normalidad. Memoria conservada perfectamente a corto, a medio y a largo plazo. La paciente refiere que su concentración está disminuida a causa de la medicación que toma, lo que hace que su comprensión en terapia a veces sea lenta.

16.3. Fase inferencial de la formulación clínica

En esta etapa de la formulación, el clínico debe realizar un gran esfuerzo por inferir las principales variables que, de forma operativa, pueden explicar el/los problema(s) psicológico(s) que afecta(n) al paciente, tal como se expresa gráficamente en la figura 16.2. Se entra de lleno en la fase de resultados, que ayuda a concluir la conceptualización de los problemas clínicos organizando toda la información en un modelo conceptual amplio como se verá en los apartados siguientes.

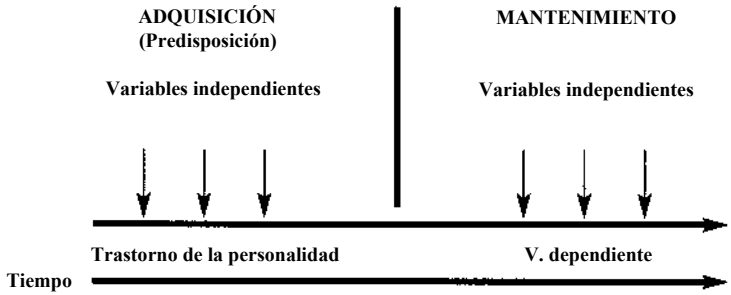


Figura 16.2. Fase inferencial de la formulación.

Se inicia con un diagnóstico según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y/o la CIE-10 (OMS, 1992) y luego se entra de lleno en el desarrollo de una teoría psicológica y/o modelo psicopatológico sobre los distintos problemas que afectan al paciente, intentando encontrar las relaciones funcionales entre las distintas variables tanto de predisposición y adquisición como de mantenimiento.

Así pues, en esta fase inferencial de la formulación clínica se conjuga la adopción de una metodología estructuralista (DSM IV-TR y CIE-10) con una funcional (formulación clínica del caso), caracterizándose la primera por la definición de las variables dependientes, según los manuales internacionales de clasificación de las enfermedades mentales, y, la segunda, por la especificación de las variables independientes explicativas tanto de la adquisición como del mantenimiento de los problemas.

16.3.1. *Diagnóstico según los sistemas de clasificación*

Una vez que hemos finalizado la fase descriptiva de la formulación clínica, donde el objetivo fundamental consistía en describir funcionalmente los distintos problemas psicológicos que presentaba el paciente, estamos en condiciones de realizar una inferencia taxonómica siguiendo las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, con la finalidad de utilizar un lenguaje común en cuanto a la operativización de los problemas psicológicos que muestra el paciente. Siguiendo los manuales diagnósticos de los trastornos mentales, el diagnóstico posibilita definir de forma consensuada la(s) variable(s) dependiente(s), considerando que para llegar a esta determinación se adopta una aproximación estructuralista en la que los distintos síntomas se agrupan en conglomerados de acuerdo con una supuesta covariación topográfica, que se considera como evidencia de la existencia de una variable latente o subyacente a los problemas del paciente (Haynes y O'Brien, 2000). Para llegar a esta conclusión podemos apoyarnos no sólo en una aproximación enumerativa sino también en una metodología funcional, analizando la covariación entre la topografía de las respuestas y las variables que las controlan (por ejem-

pío, analizando los antecedentes, las consecuencias y las contingencias existentes). De ahí que ambas aproximaciones puedan conjugarse, la primera de ellas para definir la(s) variable(s) dependiente(s) y la segunda, para determinar las variables independientes que explican esos trastornos tanto en la adquisición como en el mantenimiento.

Aunque, en muchos casos, no es posible llegar a una clasificación taxonómica, ya que el problema(s) del paciente no cumple(n) los criterios establecidos, desde un punto de vista clínico sí podemos manejarlo en términos más descriptivos, donde distintos problemas del paciente analizados en la fase descriptiva de la formulación pueden dar lugar a una o a varias categorías diagnósticas en el Eje I y en el Eje II. En la fase descriptiva de la formulación clínica no tendría sentido hablar de los trastornos de la personalidad sin antes describir los problemas más inmediatos que afectan a la vida de un paciente. No obstante, una vez finalizada la descripción, sí podemos empezar a inferir, en primer lugar, desde un punto de vista taxonómico (lenguaje común entre los profesionales de la salud mental para definir los trastornos mentales) y, en segundo lugar, desde un enfoque funcional (formulando las relaciones funcionales existentes entre el trastorno mental y las variables que lo explican, tal y como se expone en el siguiente apartado).

Para realizar un diagnóstico adecuado podemos utilizar distintos métodos: *a)* entrevistas diagnósticas (p. ej., CIDI, SCID); *b)* entrevistas clínicas abiertas en las que se pretende determinar en qué medida las respuestas del paciente se ajustan a los criterios diagnósticos; y, *c)* entrevistas clínicas en las que, mediante la realización del análisis funcional, se puede no sólo comprobar si se cumple un criterio diagnóstico sino también la relación existente entre los distintos criterios y las variables antecedentes y consecuentes que explican un determinado trastorno.

• *Caso clínico: Diagnóstico*

En el caso clínico que estamos exponiendo, hemos utilizado la primera inferencia para definir las variables dependientes combinando una aproximación estructuralista con otra funcional utilizando el DSM IV-TR. Los distintos diagnósticos serán utilizados para plantear la formulación inferencial del caso.

Eje I: F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

Eje II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empiezan al principio de la edad adulta y se dan en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

"Mi cuñado me acompaña para elegir el coche que me voy a comprar."

(2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

"No sé qué debo hacer con P, si me dijeses que es dependencia y que le dejase, me quedaría tranquila. "

(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.

"No he pedido el aumento del sueldo porque el jefe puede considerar que no lo merezco. "

(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera, debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que en una falta de motivación o de energía.

"No sé si apuntarme al gimnasio. Si mi hermana se apunta, me apuntaré yo, si no seré incapaz de ir. "

(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

"P. me debe medio millón de pesetas que ha necesitado para pagar sus deudas, le he pagado las mensualidades de su piso, durante meses le he dado dinero que se ha gastado en el juego... y yo no he ahorrado para comprarme un coche y un piso".

(6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

"No puedo quedarme sola en casa, ¿qué haría si me pasa algo?"

(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

"No puedo estar sin P. " (Única relación de pareja durante 17 años.)

(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

"No puedo imaginar que si no estoy con P no pueda mantener la relación con su hermana. "

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado

Cumple los siguientes criterios del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:

(1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

"Si voy al armario a coger una prenda y las camisetas no están ordenadas por colores, no puedo evitar organizarías y ponerlas en su sitio. "

(4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

"Si veo a un pobre por la calle, tengo que darle dinero, y me quedo fatal el resto del día... es injusto que yo duerma calentita en mi casa y él tenga que dormir en la calle. "

(6) Es reacia a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

"Prefiero fregar yo, porque si friega otra, tengo que volver a fregar yo después... si no, no se queda limpio. "

Eje III: No presenta

Eje IV: Z63.9 Problema de relación no especificado

Eje V: EEAG = 50

16.3.2. Formulación clínica y modelo psicopatológico

La formulación clínica es el resultado final del análisis descriptivo llevado a cabo en la fase anterior y consiste en inferir las principales variables que pueden explicar la predisposición, adquisición y mantenimiento del problema y/o problemas que afectan al paciente. Una vez investigado cada uno de los problemas desde su comienzo, evolución, situación actual y factores de predisposición, el clínico intenta encajar toda la información obtenida y desarrollar una teoría psicológica y/o modelo psicopatológico sobre las respuestas del paciente, intentando encontrar relaciones funcionales entre las descripciones obtenidas para cada uno de los problemas (p. ej., similitudes entre estímulos, respuestas y consecuencias), teniendo en cuenta su etiología, desarrollo y situación actual. Si somos capaces de dar una explicación a los problemas del paciente, identificando las relaciones entre problemas, entonces estaremos en condiciones de predecir cómo responderá el sujeto en diversas situaciones y determinar el valor funcional de éstos en la vida del paciente.

Como se puede observar en la figura 16.3, la formulación es una explicación amplia de los problemas del paciente, una teoría psicológica sobre ese caso particular y un modelo psicopatológico. Para llegar a la formulación utilizamos el método inductivo y una vez planteada la formulación utilizamos el método deductivo para derivar el tratamiento.

Meyer y Turkat (1979) definieron la formulación como una teoría clínica que debe cumplir tres condiciones: *a)* identificar la relación funcional entre todos los problemas que presenta el paciente; *b)* explicar por qué se han desarrollado estas dificultades conductuales; y, *c)* proporcionar predicciones sobre sus respuestas futuras ante nuevas situaciones estimulares.

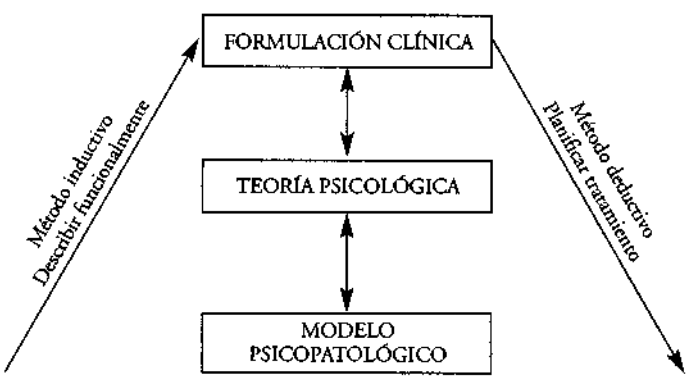


Figura 16.3. Esquema de la formulación clínica.

Mediante la formulación inferimos una teoría y/o modelo sobre los problemas del paciente en el que integramos toda la información, intentando relacionar las variables más relevantes para entender cómo afectan estos problemas a la globalidad de la vida del individuo. De hecho, comprimimos la historia de una persona intentando proyectar las variables de adquisición (predisposición) hacia el mantenimiento. Éste es un hecho crucial en el trabajo clínico y la forma de llegar a esta conceptualización consiste en hipotetizar que si el paciente tuviese que afrontar, en la actualidad, situaciones estresantes de la misma naturaleza que las que ha vivido en el pasado y si las respuestas que diera en el momento actual fuesen de la misma naturaleza que las que llevó a cabo en el momento histórico, entonces estaríamos hablando de una variable histórica con proyección al mantenimiento y, por lo tanto, sería una variable que tendríamos que abordar en el tratamiento.

• *Caso clínico: Formulación clínica*

La paciente presenta un trastorno de la personalidad por dependencia, que puede explicarse, en su origen, por la influencia del gran proteccionismo familiar al que se vio expuesta, que favoreció el desarrollo de unas habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones inadecuadas ante situaciones nuevas o que implicasen cierto nivel de incertidumbre. A este respecto ha desarrollado unos esquemas cognitivos caracterizados, por una parte, por la necesidad de aprobación y, por otra, por un miedo constante al abandono o a la posibilidad de que suceda algo que ella no fuera capaz de controlar sin la ayuda de los demás. Esta pauta de comportamiento era reforzada, a corto plazo, por la evitación de la responsabilidad de afrontar tanto situaciones personales (p. ej., estar sola en casa o en la calle) como ambientales (p. ej., salir adelante en los estudios o ser capaz de manejar el trabajo) y, a largo plazo, por un profundo sentimiento de indefensión y la necesidad de aprobación constante para casi todas las decisiones que tenía que tomar por sí misma. Al mismo tiempo, desarrolló esquemas cognitivos de perfeccionismo y autoexigencia, por lo que vivía en un constante conflicto entre el deseo de ser una persona resolutiva y la incapacidad para hacer frente por sí misma a las demandas de su contexto personal e interpersonal.

En el mantenimiento, esta pauta de comportamiento se ha ido generalizando, derivando en otros problemas clínicos como el trastorno de pánico con agorafobia (las sensaciones psicofisiológicas del miedo no llegan a habituarse a lo largo de los años). Esto da lugar a una reducción considerable en el nivel de actividades que es capaz de realizar por sí misma, considerando el mundo como un lugar inseguro y las relaciones interpersonales como una amenaza a su propia integridad psicológica, necesitando nuevamente la aprobación y el seguimiento de los demás y evitando el miedo tan fuerte que tiene al abandono. A medida que este trastorno se generaliza, empieza a desarrollar cada vez con mayor frecuencia rituales de limpieza y de orden (p. ej., pasa mucho tiempo sola en casa) que, a corto plazo, le proporcionan un sentimiento de seguridad y control. No obstante, a medida que se van generalizando se caracterizan por producir niveles de ansiedad cada vez mayores, junto con síntomas claros de una depresión clínica.

Tanto el trastorno de pánico con agorafobia como los rituales de limpieza y de orden y el miedo al abandono se mantienen por un paradigma de refuerzo negativo. Llega un momento en que todo en su vida es una auténtica evitación, tanto en su vida personal, familiar, interpersonal como laboral. Asimismo, obtiene también refuerzo positivo por este patrón inadecuado de comportamiento por parte de su familia, que a lo largo del tiempo ha contribuido, de forma significativa, a que los problemas de Laura se llegaran a adquirir y generalizar a lo largo del tiempo.

En la figura 16.4, se presenta el modelo explicativo del caso de Laura. Para facilitar su comprensión, los rectángulos hacen referencia a las variables dependientes o trastornos mentales, los círculos a las variables independientes de adquisición y de mantenimiento y los rombos a las variables de predisposición. Las flechas especifican las relaciones causales entre variables.

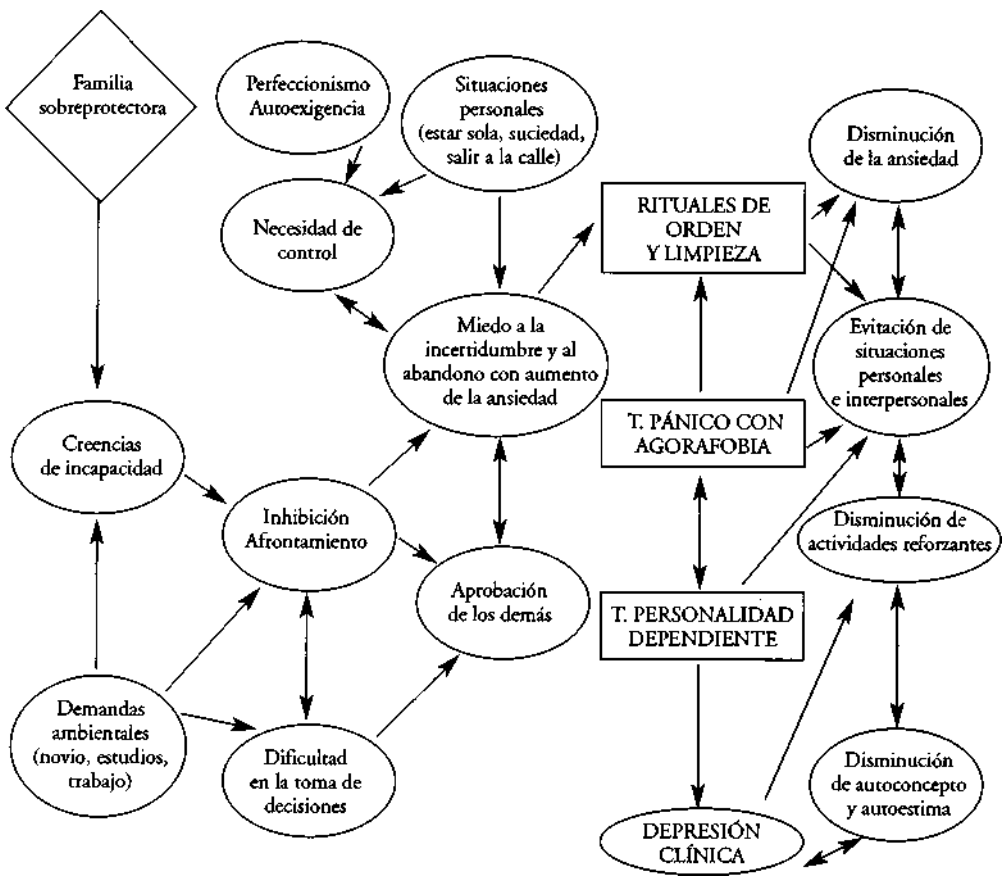


Figura 16.4. Modelo psicopatológico y formulación clínica del caso de Laura.

16.3.3. *Contraste de hipótesis*

Una vez desarrollada la formulación clínica y el modelo psicopatológico en forma de diagrama, en el que se especifican las distintas relaciones causales que establece el clínico para explicar el/los trastorno (s) psicológico (s) que presenta el paciente, se establecen una serie de predicciones para validar empíricamente el modelo propuesto.

En esta etapa, se plantea o deduce una o varias predicciones específicas basadas en la formulación y se prueban empíricamente con el objeto de obtener una validación de la formulación del caso clínico. Por lo tanto, cualquier instrumento de evaluación puede utilizarse para probar las predicciones y obtener validez convergente, realizando observaciones controladas de las respuestas motoras y fisiológicas o diseñando experimentos simples en situaciones naturales o análogas, manipulando las variables independientes cognitivas, motoras, fisiológicas y ambientales y controlando su efecto en las variables dependientes cognitivas, motoras, fisiológicas (Haynes y O'Brien, 1990; Meyer y Turkat, 1979).

Estas evaluaciones no son auténticos experimentos, pero pueden dar lugar a explicaciones alternativas de los datos que resulten de ellas. El objetivo de esta estrategia no consiste en comprobar la formulación sino en acumular pruebas empíricas que puedan incrementar la confianza en su validez, obteniendo datos de diversas fuentes que aportan una mayor validez convergente a la formulación del caso clínico.

Si los datos obtenidos no son consistentes o si existen posibles interpretaciones alternativas de los mismos, entonces es necesario proseguir con la evaluación clínica-conductual. Si obtenemos más datos y éstos no son congruentes, es posible que el psicólogo clínico no haya formulado correctamente la psicopatología que presenta el paciente y no tengamos una base válida para seleccionar el tratamiento. Por otra parte, si los resultados arrojan pruebas convergentes para la formulación, es probable que el mecanismo hipotetizado del trastorno por medio del modelo psicopatológico sea adecuado y pueda iniciarse un programa de tratamiento.

En este punto es interesante administrar distintas pruebas psicométricas, tanto de carácter específico (escalas e inventarios relativos al trastorno que se quiere explicar) como de carácter general (p. ej., tests de personalidad y psicopatología general), que permitan hacer una comparación normativa, contrastando los datos del sujeto con los obtenidos por la población clínica de referencia.

En el contexto clínico, la realización de experimentos análogos conlleva ciertas dificultades en su aplicación como son no disponer de los recursos instrumentales o de tiempo suficiente para su realización (Turkat, 1990). Sin embargo, en la medida de lo posible, es recomendable aplicar algún tipo de prueba específica y/o más general que sirva para contrastar la información obtenida mediante la entrevista clínica con la de otras pruebas psicológicas y desarrollar una formulación con más apoyo clínico.

• Caso clínico: Contraste de hipótesis

Una vez desarrollado el modelo psicopatológico del problema de Laura, se pasa a probar las variables más relevantes incluidas en el modelo causal. A este respecto, se plantean las siguientes hipótesis:

a) La *dependencia* es una variable central en el modelo, que está en la base del origen y mantenimiento del resto de problemas. Esto fue constatado a través de los siguientes datos: 1) en las entrevistas y sesiones tenidas con la paciente, ésta preguntaba constantemente: *"¿qué quieres que haga?", "dime lo que sea y yo lo haré",* 2) en una entrevista con los padres de Laura éstos afirman que ya cuando era pequeña era dependiente y muy apegada a su madre, 3) mediante sus respuestas a los ítems del "Examen Internacional de Trastornos de Personalidad" (IPDE; Loranger, 1996) donde se obtiene una puntuación de 6 sobre 8, en el trastorno de la personalidad por dependencia y, 4) mediante sus respuestas al Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-II; Millón, 1987b), donde se obtiene una puntuación directa en la escala 3 "Dependencia" de 39, equivalente a una TB de 72.

b) Otras variables centrales en el modelo guardan relación con el *incremento de la ansiedad* ante las situaciones personales y ambientales de incertidumbre en los cuatro sistemas de respuesta, así como su reducción mediante la realización de *conductas compulsivas de limpieza/orden,* hecho que comprobamos con un experimento conductual, exponiendo a la paciente a suciedad en la consulta (frotando sus manos en un rincón del suelo). Se corroboró también la información obtenida mediante el "Inventario de Padua", donde obtuvo 17 puntos en el factor II (contaminación), que mide pensamientos obsesivos y compulsiones en un intervalo de 0-44 (no existiendo puntuaciones de corte al tratarse de un inventario), y mediante la puntuación obtenida en la escala 7 "Compulsiva" del MCMI-II de 50, equivalente a una TB de 85.

En este caso, mediante el contraste de hipótesis, hemos intentado obtener el mayor grado de pruebas clínicas para apoyar la formulación propuesta para el caso, poniendo de manifiesto la validez convergente de la formulación a través de distintos métodos (p. ej., entrevista a familiares, utilización de técnicas de observación y auto-observación y cuestionarios específicos).

16.4. Fase de tratamiento

La planificación del tratamiento, como acabamos de exponer, depende fundamentalmente de la formulación del caso. El primer paso en el tratamiento, tal como comentamos previamente, trata de plantear y discutir con el paciente la formulación que ha desarrollado el clínico hasta que ambos llegan a un acuerdo, con el fin de poder desarrollar el plan de actuación terapéutica y, al mismo tiempo, ponerse de acuerdo en los objetivos terapéuticos a corto y a largo plazo.

La formulación nos permite también determinar el orden de importancia a la hora de abordar los distintos trastornos mentales o problemas psicológicos. Generalmente, suele empezarse tratando aquellos problemas que son más incapacitantes para la vida del paciente en el momento actual. A medida que se van obteniendo resultados, en función de las predicciones planteadas por la formulación, se van abordando los demás proble-

mas según un orden jerárquico de importancia desde la perspectiva de la adquisición. Los trastornos de la personalidad suelen empezar antes en el tiempo, con lo que su tratamiento desempeña un papel importante en el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Por ejemplo, en el caso de Laura los problemas que más están afectando a su vida diaria son, en primer lugar, los rituales de limpieza y de orden y el trastorno de pánico con agorafobia y, en segundo lugar, el trastorno de la personalidad por dependencia. De hecho, este trastorno de la personalidad es el que hace que la paciente no sepa manejar instrumentalmente las situaciones personales y ambientales que tiene que afrontar en su vida y, a medida que tiene más dificultades en esta área, más aumenta la ansiedad asociada a los demás trastornos mentales.

Antes de planificar el tratamiento es importante analizar la motivación para el cambio que tiene el paciente, pudiendo seguir el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente (1992) y expuesto de forma pormenorizada para el tratamiento de las drogodependencias por Graña (1994). Esta variable es crucial, ya que es un hecho constatado que el resultado del proceso de intervención psicológica depende de la toma de conciencia que el paciente ha elaborado para generar el cambio y superar los problemas psicológicos que le están afectando.

Tal como se expuso en la figura 16.3, la formulación es el punto de máxima inferencia clínica para conceptualizar el caso (utilización del método inductivo) y, a partir de aquí, el clínico pone en juego el método deductivo para derivar el tratamiento, planteando objetivos de intervención muy operativos y retomando los análisis funcionales desarrollados en las fases previas de evaluación clínica para desarrollar el tratamiento. Es importante también considerar que en todo momento el proceso de intervención tiene que hacer alusión a la formulación clínica y el alcance de las técnicas de intervención está mediatizado por el conjunto de variables independientes de adquisición y de mantenimiento, tal y como se ha especificado en la figura 16.4, para el caso clínico que hemos expuesto a lo largo del capítulo.

• *Fase de tratamiento: Caso clínico*

Siguiendo el modelo explicativo propuesto en la figura 16.4, los objetivos generales para el tratamiento serían los siguientes:

a) Ayudar a la paciente a manejar el alto nivel de ansiedad asociado al trastorno de pánico con agorafobia, a los rituales de orden y limpieza y al miedo tan grande que tiene a la incertidumbre y que comprenda la conexión existente entre estos problemas. Para ello tendremos en cuenta los análisis funcionales expuestos en los cuadros 16.2 y 16.3 y se utilizarán técnicas de tratamiento cognitivo-conductuales.

b) Tratar la sintomatología depresiva (véase el cuadro 16.4) y su relación con los demás problemas que le están afectando, sobre todo la disminución de actividades gratificantes y la disminución del autoconcepto y la autoestima. Se aplicarán técnicas de intervención cognitivo-conductuales.

Cuadro 16.6. *Objetivos de tratamiento y técnicas de intervención.*

Objetivos	Técnicas
• Desaparición de ios pensamientos catastróficos, reducción de los niveles de ansiedad y manejo de las sensaciones fisiológicas, y eliminación de las conductas de evitación/huida relacionadas con el trastorno de pánico con agorafobia.	• Psicoeducación/Información • Exposición interoceptiva y en vivo • Reestructuración cognitiva • Técnicas de desactivación fisiológica (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva)
• Desaparición de las obsesiones y compulsiones de contaminación, orden, limpieza.	• Exposición en vivo con prevención de respuesta • Intención paradójica
• Eliminar el miedo a las agujas, sangre, hospitales, etc. con la desaparición de las conductas asociadas (pensamientos anticipatorios, activación fisiológica y conductas de evitación).	• Desensibilización sistemática • Técnicas de desactivación fisiológica
• Reducción de los sentimientos de rabia, ira e irritabilidad.	• Técnicas de ventilación emocional • Técnicas de desactivación fisiológica
• Mejorar el estado de ánimo.	• Terapia cognitiva • Programación de actividades
• Autonomía.	• Psicoeducación • Terapia cognitiva • Exposición • Entrenamiento en asertividad • Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones
• Afrontamiento y decisión sobre la problemática de la relación de pareja.	• Técnicas para fomentar la autonomía + • Técnicas de ventilación emocional
• Mejorar la relación familiar.	• Técnicas para fomentar la autonomía + • Entrenamiento en habilidades de comunicación • Entrenamiento en técnicas de autocontrol y control de la ira

c) A largo plazo, el éxito terapéutico va a depender del abordaje terapéutico del sistema de creencias implicado en el trastorno de la personalidad por dependencia. Tanto el perfeccionismo como la percepción de incapacidad asociada a la necesidad de aprobación (dependencia) son creencias cruciales para alcanzar el éxito terapéutico a largo plazo. En este caso, se utilizarían tanto técnicas cognitivas como conductuales (pruebas de realidad).

Los objetivos específicos y las técnicas de tratamiento concretas para los mismos se enumeran en el cuadro 16.6.

16.5. Fase de evaluación de resultados

En el proceso de formulación clínica se pueden plantear dos tipos de evaluación. Una primera, relacionada con la fase de formulación, en la que el psicólogo, para comprobar hipótesis, puede utilizar distintos tipos de medidas (p. ej., tests psicométricos, escalas de evaluación, experimentos en situaciones clínicas, observaciones y autobservaciones); y una segunda, relacionada con la evaluación de la eficacia del tratamiento clínico una vez especificados los objetivos terapéuticos. Esta evaluación se realiza a lo largo de la aplicación del tratamiento y en el seguimiento. Tiene por objetivo cuantificar el alcance del programa terapéutico llevado a cabo y suele realizarse teniendo en cuenta dos criterios de eficacia: *a)* en cuanto a la remisión de la sintomatología que presenta el paciente, y *b)* en cuanto a los cambios que se han producido en la vida del individuo en las distintas áreas (p. ej., personal, familiar, social, comunitaria) (véase Muñoz, 2003).

En conclusión, el modelo de formulación clínica propuesto en este capítulo es el resultado de varios años de trabajo con pacientes clínicos que han presentado distintos tipos de trastornos y su desarrollo responde al modelo original planteado por Victor Meyer en el Middlesex Hospital Medical School de la Universidad de Londres. Este modelo puede servir para formular los trastornos de la personalidad, teniendo en cuenta que este tipo de cuadros son difíciles de identificar en las primeras sesiones de terapia; podemos tener pruebas de los mismos a través del discurso oral del paciente en forma de múltiples problemas que afectan a la vida del mismo. De ahí la importancia de definirlos operativamente, buscando las relaciones causales entre las distintas variables, tanto de adquisición como de mantenimiento, que puedan explicar este tipo de cuadros psicopatológicos.

PARTE III

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

17

Terapia cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad

Francisco Bas, Raquel Núñez, Susana Bas y Verania Andrés
Centro de Psicología "Bertrand Russell", Madrid (España)

17.1. Introducción

La terapia cognitivo-conductual (TCC) de los trastornos de la personalidad (TT PP) ha experimentado en los últimos años un crecimiento notable (véase Caballo, 2001a). Este libro glosa en extensión y profundidad esta afirmación. Los autores de este capítulo son terapeutas que trabajan en un centro ambulatorio privado de Madrid. El abordaje de los TTPP constituye, desde nuestra perspectiva, una extensión natural de los procedimientos parsimoniosos derivados del análisis clínico y experimental de la conducta humana. Si bien las clasificaciones de los TT PP revisten cierto interés, hay dos objeciones importantes que nos invitan a centrarnos en una alternativa más cognitivo-conductual, de *construcción dinámica* del perfil del paciente:

1. Dichas clasificaciones constituyen una "traición" a la realidad del sujeto, una especie de "abstracción selectiva" de lo que conforma realmente una persona en un contexto: con su peculiar historia de aprendizaje, con recursos personales o en el entorno (sociales, familiares, económicos, etc.) muy distintos entre unos y otros y, sobre todo, con comorbilidades insertadas funcionalmente de un modo peculiar y dinámico, de manera que sus articulaciones cambian en el tiempo, haciendo que dos trastornos de la personalidad con la misma etiqueta se presenten de formas muy distintas ante el terapeuta y evolucionen igualmente de modo muy diferente a lo largo de la terapia. La estabilidad y generalización de sus patrones disfuncionales no es una característica única de los TTPP. La mayoría de los trastornos que revisten un carácter claramente clínico presentan patrones con esas peculiaridades, sin que necesariamente cumplan criterios diagnósticos de ningún TP en concreto.
2. Las teorías sobre los TT PP pueden llegar a constituir "filtros" desde los que el terapeuta ve a su paciente. La sensación de control y el poder predicitivo que esto le genera puede llevarle a confundir fácilmente entre "pensamiento" (el modelo de TP implícito o explícito que el terapeuta usa para "mirar" a su paciente) y la realidad

(una persona, con recursos e historia únicos y en evolución permanente). De modo que, si bien la clínica *y* la fenomenología de los TT PP pueden constituir fuentes de inspiración para la comprensión del caso y el diseño de estrategias de intervención, el terapeuta debe tratar de mantener "los pies sobre la tierra", utilizando el principio de parsimonia y basándose más en los datos acumulados de los análisis funcionales que en la proyección de categorías "a priori" de carácter taxonómico.

17.2. Modelo estándar de intervención

La guía para la intervención que presentamos a continuación pretende ser exactamente eso, "una guía", con un carácter general que pueda orientar en el proceso terapéutico de cualquier TP. Sin embargo, no hay que perder de vista que la principal guía para la intervención terapéutica con un paciente será el propio paciente y su terapeuta: su específico proceso de evaluación y su característico e irrepetible análisis funcional (con sus hipótesis de origen y mantenimiento y sus mapas cognitivos), la sensibilidad del terapeuta, etc. Igualmente, "el estilo terapéutico" no podrá ser igual para todos los trastornos y el terapeuta deberá ser lo bastante flexible para poder adaptarse y adaptar las técnicas a cada problema y, aún más importante, a cada paciente. Todo ello, sin perder de vista los objetivos terapéuticos y teniendo también en cuenta la comorbilidad de los TT PP y las diferentes dimensiones de la personalidad que un mismo paciente puede presentar en momentos distintos.

El proceso de intervención en los TTPP se caracteriza por ser largo, costoso (tanto para el paciente como para el terapeuta), con presencia de recaídas o retrocesos durante el mismo, con objetivos a corto, medio y largo plazo, y donde la fase de seguimiento se hace especialmente importante y duradera (Núñez, 1996, 2001).

Describiremos seguidamente una propuesta de modelo de intervención estructurándolo en cuatro fases: inicial, de construcción de hipótesis y selección de objetivos, de intervención propiamente dicha y de seguimiento. Esta distinción la establecemos con intenciones pedagógicas; en la práctica clínica y como ocurre generalmente, las fases pueden solaparse en el tiempo. Después presentamos un cuadro resumen (véase cuadro 17.3) con las dificultades más frecuentes en los distintos trastornos.

1.ª *fase o fase inicial*

Nos estamos refiriendo a las primeras sesiones de terapia que tenemos con el/la paciente. En ocasiones, una única sesión nos bastará para conseguir los objetivos que a continuación plantearemos. Sin embargo, no será lo más frecuente.

Objetivos

- **Conocer la demanda del paciente: por qué ha solicitado ayuda terapéutica, historia de su problema o problemas, grado de importancia o preocupación sobre ellos, si viene voluntariamente, etc.**

— Conocer la motivación para la terapia: qué espera conseguir, qué está dispuesto a hacer, expectativas de resultado y eficacia con respecto a la terapia, si ha realizado tratamientos anteriores *y* la valoración que hace de ellos, si se ha dado plazos para obtener resultados, etc.
— Empatizar con el/la paciente.
— Que el paciente se encuentre cómodo en las sesiones *y* con su terapeuta.
— Favorecer la aparición *y* la estabilidad de la alianza terapéutica.
— Detectar situaciones críticas o de riesgo *y* seleccionar la actuación.
— Socialización en la terapia.

Dificultades

El cuadro 17.1 presenta un resumen de las dificultades más frecuentes del terapeuta en la evaluación *y* su diagnóstico.

Es decir, las dificultades en la fase inicial, se van a centrar, sobre todo, en que el terapeuta identifique la presencia de signos que nos hagan suponer la existencia de un posible TP. Detectarlo a tiempo va a influir de distintas maneras en el proceso terapéutico, no siendo siempre estas consecuencias positivas. Algunas de ellas podrían ser las siguientes:

a) Intentar *cuidar especialmente el enlace terapéutico,* que si siempre lo hacemos, en estos casos es especialmente relevante, sobre todo por la duración de la terapia, *y*

Cuadro 17.1. *Dificultades en la evaluación y el diagnóstico de los TTPP.*

Del estado de la cuestión
- No acuerdos sobre cuestiones básicas.
- Teorías poco avaladas.
- Escasa investigación cognitivo-conductual.
- Criticas al DSM.
- Ausencia de instrumentos suficientemente validados.

Específicos del trastorno
- La presencia de problemas del Eje I "disfraza" el trastorno.
- Habitual solapamiento de trastornos (en más de 2/3 hay más de un TP).
- Volumen de problemas y cronicidad.

De los pacientes
- Cronicidad = Normalidad ("yo soy así", "es mi forma de ser", "no es un problema").
- Dan poca información o la centran en el Eje I.
- No asistencia voluntaria a terapia.
- Baja motivación.
- De carácter metacognitivo o de interacción con el terapeuta.

Del terapeuta
- Falta de formación de habilidades específicas.
- Si no se conoce, no se diagnostica.
- Son más frecuentes los problemas del Eje I.
- Fuente de información exclusivamente basada en el paciente.
- Todas las anteriores.

por el nivel de cambio y el esfuerzo que vamos a pedirle al paciente (modificación de variados y nucleares aspectos de la vida del sujeto).

b) Reajuste de las expectativas de cambio tanto para el paciente como para el terapeuta. Si somos más realistas será más difícil que nos frustremos.

c) Planteamiento de objetivos y estrategias, etc.

Otra dificultad para el terapeuta que vaya confirmando la presencia de un TP mediante la evaluación continua con análisis funcionales, es la aparición de pensamientos del tipo "Esto no va a tener solución. No voy a conseguir ayudarle. Va a ser frustrante para los dos", etc. Como podemos suponer este tipo de interpretaciones afectarán negativamente a la motivación, interés, esfuerzo, etc. del terapeuta y, por tanto, al resultado final. En el cuadro 17.2 podemos ver algunas características relativas a los trastornos de la personalidad.

Técnicas y habilidades

— *Habilidades de recepción del paciente:* un saludo cálido o más formalista será el pertinente en función de las características del paciente. Evidentemente a priori no podemos saberlo, por ello será mejor ser respetuoso y agradable dentro de las pautas socialmente establecidas entre dos desconocidos que pueden iniciar un trabajo en común (saludar, presentarse, sonreír, dar la mano, etc.).

— *Habilidades de escucha activa,* tanto a nivel verbal como no verbal: importantes para conocer la demanda del paciente, facilitar su comodidad y establecer las bases para una adecuada alianza terapéutica.

— *Habilidades para hacer preguntas.* Lo más frecuente es que el paciente venga por un trastorno del Eje I del DSM (p. ej., depresión tras una ruptura, ansiedad social, etc.). En las primeras sesiones debemos centrarnos en la evaluación de este problema, que es el que le interesa al paciente. Sin embargo, en las siguientes sesiones sería adecuado evaluar más ampliamente aspectos como cronicidad de los problemas, otras dificultades en el pasado, otros tratamientos (con informes, si es posible), aspectos comunes de los problemas (esquemas cognitivos, estrategias de solución de problemas, etc.). Es decir, hábitos cognitivos, conductuales y emocionales que puedan estar presentes tanto en la historia de los problemas del paciente como en la actualidad y que, además, se den de forma generalizada. Que el paciente no haya tenido problemas clínicos en el pasado no significa que podamos descartar la presencia de un TP.

— *Conocimientos que facilitan la evaluación.* Conocer las posibles relaciones entre los trastornos del Eje I y los del Eje II también nos pondrá en alerta de un TP. Asumiendo los errores de las generalizaciones, podríamos señalar algunos ejemplos: ·

  - En una mujer, deprimida, con reciente ruptura sentimental, sin trabajo, sería interesante evaluar un TP por dependencia.
  - Un chico, matemático, perfeccionista, que presenta ansiedad generalizada nos puede hacer sospechar de un TP obsesivo-compulsivo.

Cuadro 17.2. *Características de los trastornos de la personalidad.*

TTPP	Esquema cognitivo sobre					Emociones	Conductas
	Uno mismo	Los otros	Las relaciones	El mundo	El futuro		
Límite	Inferior, vulnerable, malo, Incapaz	Potencialmente dañinos, no me valoran	Inestables; desconfianza	Duro; difícil, temible	Expectativas negativas sobre él	Ira, enfado, vacío, tristeza	De descontrol, agresivas, de evitación
Obsesivo-compulsivo	Responsable, competente	Despreocupados, irresponsables	Poco fiables, perjudiciales	Difícil, trabajoso	Hay que esforzarse y tener cuidado	Tensión, enfado,	Control, revisión, frialdad
Evitador	Débil, Inferior	Válidos, superiores	Abandono, rechazo	Complejo, difícil para uno	Expectativas negativas	Tensión, miedo, vergüenza, tristeza	De evitación
Narcisista	Superior, excepcional	Inferiores, mediocres	Admiración, reconocimiento	Fácil para uno	Brillante, visión poco realista	Seguridad, desorientación	Sin anticipación de consecuencias
Antisocial	Fuerte, válido, autónomo	Mediocres, dañinos	La ley del más fuerte	Para los fuertes	Para los vencedores	Ira, ausencia de empatia, descontrol	Agresivas, propios objetivos
Esquizoide	Autosuficiente	Molestos, extraños	De Interés, sin emociones	Neutro	Neutro	Ausencia de empatia	Aislamiento
Esquizotípico	Especial, distinto, sexto sentido	Potencialmente dañino	Útiles, dañinas, desconfiables	Dañino	Predecible	Sin empatia, embotamiento	Extrañas, aislamiento
Histriónico	Especial, seductor	Mediocres, inferiores	Admiración, explotación	Divertido, fácil	Expectativas positivas irreales	Exageradas	Seductoras, manipuladoras
Paranoide	Bueno, honesto	Dañinos, poco fiables	Sospechosas	Peligroso	Potencialmente dañino	Tensión, ira, desconfianza	Agresivas, vigilantes
Dependiente	Débil, dependiente	Superiores, buenos, generosos	Necesarias	Difícil para uno	Expectativas negativas	Miedo, tensión, Inseguridad	Sumisas, de evitación

- Un hombre, con problemas de pareja y de celos y que presenta conductas agresivas, podríamos evaluar un TP paranoide.
- Un chico homosexual, muy habilidoso socialmente, pero que presenta muchos cambios de pareja, con síntomas depresivos, nos podría indicar un TP histriónico y TP dependiente.

Es decir, el conocimiento amplio tanto de los problema del Eje I como del Eje II van a ser imprescindibles para el tratamiento de este tipo de pacientes.

— *Observación del estilo de expresión e interacción del paciente:* la distancia, la desconfianza, el exceso de halagos inmediatos, la ausencia de emociones, la descalificación, el exceso de formalismos, verbalizaciones centradas especialmente en preguntas... son una información muy valiosa de cara a la detección de un TP y para nuestro propio aprendizaje sobre la pauta de interacción más adecuada para los objetivos de comodidad y alianza terapéutica.
— *Habilidades pedagógicas:* para poder explicar de modo riguroso y accesible al paciente cómo entendemos el comportamiento humano, cuál es nuestro método de trabajo, cómo es una primera aproximación. Podemos explicar sus dificultades y las actuaciones a realizar para intentar que aprenda a resolver sus problemas. Es muy importante que el paciente pueda verse reflejado en estas explicaciones (no como un discurso teórico) y que las acompañemos de ejemplos que puedan hacer más accesible la información que le vamos dando.
— *Autoobservación:* detectar nuestras propias emociones en relación al paciente que nos permitan poder conocer nuestras ideas o nuestros pensamientos con respecto al mismo o a la terapia con ese paciente. Enfrentarnos con un sujeto frío, desconfiado, descalificador, seductor, prepotente, controlador, puede facilitarnos ideas y, por consiguiente, emociones que entorpezcan la empatia con el paciente.
— Es importante la *evaluación de riesgo de suicidio* (si detectamos ideación, intentos anteriores, desesperanza, etc.), episodios psicóticos, consumo de sustancias o utilización indiscriminada de fármacos, pertinencia de tratamiento farmacológico, etc.
— *Saber esperar:* intentar no apresurarnos ni atosigar al paciente para que nos dé un tipo de información determinada. Si el paciente se ve presionado a contar cosas que no quiere o que no son relevantes para él, puede sentirse no entendido, incómodo y abandonar la terapia. Así, es mejor darle tiempo mientras vamos recogiendo información a lo largo de las sesiones y esto podrá facilitar la comunicación, a veces espontánea, de estos datos.
— *Valoración de déficit meta-cognitivos:* de acceso a pensamientos o emociones, integración o discriminación semántica, etc.

2.ª fase: Construcción de hipótesis y selección de objetivos

Objetivos

— Aumentar el conocimiento del paciente sobre el método terapéutico.
— Construcción (junto con el paciente) de hipótesis de origen y mantenimiento y del mapa cognitivo-conductual del paciente, según los principios del aprendizaje.

— Mantener y fomentar la motivación para el cambio, así como la alianza terapéutica.
— Selección y priorización de objetivos y metas de la intervención.

Dificultades

— La falta de información que suele darse en estos casos puede dificultar o limitar la construcción de la hipótesis de origen y de mantenimiento de los problemas.
— El volumen de problemas y su cronicidad también hacen más difícil la organización de la información y la creación de un modelo explicativo que intente abarcar o explicar el mayor número de problemas del paciente.
— Muy frecuentemente, una de las dificultades de esta fase es la selección de objetivos a trabajar prioritariamente. La gravedad y la frecuencia de los problemas y el interés del paciente son variables que nos ayudan a jerarquizarlos. Pero, aun así, a veces esta decisión es complicada y casi siempre decisiva.
— A veces, el paciente tiene dificultades para identificar o asumir que su comportamiento habitual, sus pensamientos y/o sus emociones son parte del problema y no acepta que sean un objetivo terapéutico.
— Motivar para el cambio va a ser una de nuestras mayores dificultades como terapeutas, sobre todo cuando le sugerimos al paciente modificar aspectos de su "personalidad" que no considera que sean problemáticos o que los asume como su "forma de ser".

Técnicas y habilidades

— Autorregistros en formato de análisis funcionales. Ilustrar la importancia tanto clínica como técnica de estos registros.
— Utilización de cuestionarios: biográfico, Escala de Actitudes Disfuncionales, etc.
— Análisis de productos: autorregistros, verbalizaciones, etc.
— Descubrimiento guiado.
— Habilidades de negociación.
— Habilidades pedagógicas.
— Refuerzo de conductas orientadas o facilitadoras de cara a la implicación y motivación en la terapia y a la consecución de los objetivos.
— Contraste adaptativo (análisis pormenorizado de las consecuencias).
— "Sin prisa pero sin pausa". En función de las dificultades señaladas, nos interesa ir construyendo un modelo ajustado al paciente, pero que sea dinámico, al que vamos añadiendo la información nueva. Es mejor tener un modelo limitado o incompleto que trabajar sin modelo. Además, esto nos va a servir para ir exponiéndole al paciente el papel funcional que cumplen ciertos comportamientos, creencias y/o emociones que ellos suponían como normales o no problemáticos en el mantenimiento de sus dificultades. La técnica de Beck sobre el descubrimiento guiado puede ser especialmente útil.

La utilización de distintas herramientas de evaluación nos va a permitir realizar el análisis funcional de los problemas del paciente. Cuestionarios, autorregistros, la propia entrevista, relatos autobiográficos, exposiciones sobre determinados temas, etc., ofrecerán información valiosa para trabajar junto con el paciente. Negociaremos y seleccionaremos los objetivos terapéuticos con los criterios de urgencia, relevancia y pertinencia habituales, valorando el grado de motivación del paciente y sus expectativas con respecto a la terapia. Hay que procurar que los objetivos se expresen de modo descriptivo y, a ser posible, cuantificable y tratar de representarlos en gráficas en donde se pueda observar su evolución en el tiempo.

3.ª fase: Intervención propiamente dicha

Vamos a plantear los objetivos y las técnicas para la intervención dividiéndolos en cognitivos, emocionales, conductuales y sociales. Presentamos seguidamente las características estándar de los distintos TT PP en esas cuatro áreas, con el fin de poder contemplar aspectos comunes que faciliten al lector la comprensión del modelo de intervención.

Técnicas para objetivos cognitivos

- — Descubrimiento guiado de Beck.
- — Técnica de distanciamiento de Beck.
- - Reestructuración cognitivo-conductual sistemática de Bas y Andrés (1986b).
- - TREC de Ellis.
- — Técnica de las tres columnas de Beck.
- - Técnica de los contrarios de McMullin y Giles (1981).
- - Técnica de reestructuración cognitivo-conductual sistemática pasado-presente-futuro de Bas (1990).
- - Ejercicios de atribución de responsabilidad de Rehm.
- - Pruebas de realidad de Beck.
- — Ejercicios de dominio y placer de Beck.
- — Exposición en vivo o en imágenes.
- — Representación de papeles directa e inversa, etc.

En el cuadro 17.3 pueden verse algunas de las dificultades habituales en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Las técnicas se aplicarán a los contenidos cognitivos que se acaban de enumerar y, de forma específica, a los de cada paciente, según su propio mapa cognitivo-conductual-social, en donde se objetivarían los procesos de aprendizaje que facilitan el mantenimiento del esquema total. Las estrategias de distanciamiento y descubrimiento guiado tendrán una especial relevancia de cara a que el paciente diferencie los pensamientos de los hechos contrastables (*que uno haya pensado siempre de sí mismo que es débil ¿significa que efectivamente lo es?)* y para que pueda construir, conocer y utilizar su mapa cognitivo. Es decir, que pueda aprender a detectar sus pensamientos automáticos y, desde ellos, identificar sus esquemas subyacentes, sus factores de vul-

Cuadro 17.3. *Dificultades más frecuentes en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.*

Dependiente	• Cazar evitaciones muy generalizadas y sutiles. • Trabajar objetivos que no tienen como fin la aprobación de los demás.	• Modificar el contexto para no reforzar la dependencia. • La dependencia que se crea con el terapeuta,
Evitador	• Que sienta la aceptación incondicional del terapeuta. • Exponerse a las relaciones íntimas y a las críticas.	• Ser consciente de la evitación cognitiva. • Disminuir la pasividad.
Paranoide	• Confiar en el terapeuta. • Ser capaz de empatizar con los demás.	• Disminuir la hipervigilancia y manejar las críticas. • Que aprendan estrategias distintas del castigo para modificar su contexto.
Límite	• Crear un buen lazo terapéutico. • Modificar pensamientos dicotómicos.	• Disminuir sentimientos de vacío y los cambios de humor. • Variedad de problemas.
Histriónico	• Que cace pensamientos y no emociones. • Que no se aburra de la terapia.	• Que el contexto no refuerce la parte más superficial del sujeto.
Obsesivo-compulsivo	• Que el paciente instaure la detención del pensamiento como un hábito. • Que disminuya su autoatención. • Que modifique su necesidad de seguridad.	
Narcisista	• Valoraciones morales del propio terapeuta. • Conductas manipulativas en sesión.	• Dificultad para empatizar con otros. • Manejar críticas.
Antisocial	• Que el terapeuta controle sus respuestas de rechazo. • Que el contexto no refuerce sus conductas adaptativas.	
Esquizoide	• Crear emociones que aparentemente no existen. • Empatizar.	• Motivarlos para que se relacionen.
Esquizotípico	• Poner en duda el pensamiento mágico. • Ser capaz de crear lazos de intimidad.	

nerabilidad cognitivos. Se expone, a continuación, un ejemplo con un trastorno de la personalidad por evitación:

> *Paciente:* Estuve callada en la reunión por miedo a meter la pata.
> *Terapeuta:* ¿Es probable que metas la pata?
> *P:* Sí.
> *T:* ¿Por qué crees eso?
> *P:* No tengo nada que decir; tengo muy pocos conocimientos y, además, no tengo las cosas claras.
> *T:* ¿Y los otros?
> *P:* La gente sabe más que yo y tiene las ideas claras sobre las cosas.
> *T:* Los otros saben y tú no; los otros tienen las ideas claras y tú no; los otros saben qué decir y tú no; los otros no meten la pata y tú sí...
> *P:* Sí; soy como inferior, menos que los demás.
> *T:* ¿Y por eso tienes que estar callada?
> *P:* Claro, si no se darán cuenta enseguida.
> *T:* ¿De qué?
> *P:* Pues de que soy inculta, torpe...
> *T:* ¿Y qué crees tú que pasaría si se dieran cuenta?
> *P:* Pues igual nada.
> *T:* ¿Qué temes que podría pasar si se dieran cuenta?
> *P:* Pues que se reirían de mí a lo mejor, o que me dirían algo, no me escucharían y yo me sentiría fatal.
> *T:* Tú eres inferior, los demás son mejores que tú y si se dan cuenta te rechazarán y tú sufrirás. O sea, que nos encontramos de nuevo con lo que nos hemos encontrado en otras ocasiones, que al final del análisis de un momento tuyo de malestar, aparecen tus ideas negativas sobre ti misma y tu temor al rechazo.

La reestructuración de los pensamientos automáticos y de los esquemas cognitivos es una parte esencial de la intervención. La resistencia al cambio es especialmente importante en los TT PP. Es costoso que el paciente deje de creerse lo que ha venido pensando prácticamente toda su vida sobre sí mismo, los demás, la vida, la suerte, el futuro... y pase a creer en pensamientos más realistas y adaptativos. Por ello, es importante insistir en los procesos de reestructuración, implicarse activamente terapeuta y paciente en ellos, aplicar la creatividad para que no resulten monótonos o repetitivos e intentar tener la seguridad de que el paciente conoce la técnica, es decir, sabe reestructurar. A esto hay que añadir su aplicabilidad; la reestructuración no puede quedarse en un proceso de lápiz y papel o en algo que se haga en terapia y en las tareas de terapia. Hay que buscar que el paciente lo aplique activamente en los momentos en que aparezcan esos pensamientos negativos que hemos reestructurado. Esto es especialmente importante en los TT PP dado que, si tenemos en cuenta que son trastornos crónicos y con esquemas muy instalados en el paciente, que éste domine herramientas para detectar y reco-

nocer como problemáticos sus pensamientos y poder hablarse así de un modo más saludable, será uno de los logros que permitan alcanzar objetivos y mantener los resultados terapéuticos.

Es conveniente concretar con el paciente las situaciones en las que tiene que utilizar la reestructuración y facilitar que lo haga (técnica de los contrarios, tarjetas recordatorias, consecuencias operantes sobre la aplicación o no de la técnica, etc.). La reestructuración cognitiva y la exposición *en vivo* constituyen una combinación especialmente potente para el manejo o el cambio de pensamientos. Expongamos un ejemplo con un trastorno límite de la personalidad:

Paciente: Ya sé que la gente tiene derecho a pensar como quiera y que no tienen por qué estar de acuerdo conmigo igual que yo no lo estoy con ellos. Aun así, si yo soy el técnico y me pagan para que les haga el trabajo, tendrían que callarse y dejarme hacer a mí.
Terapeuta: ¿Tú haces siempre las tareas que fijamos para la siguiente sesión?
P: No.
T:... y yo soy el técnico y me pagas para que haga el trabajo.
P: Bueno, pero yo tengo mi propia opinión.
T: ¿Tus clientes no tienen opiniones, no pueden pensar sobre las cosas?
P: Sí, lo hacen.
T: Y tienen derecho como tú y, además, lo van a seguir haciendo, como tú, supongo.
P: Pues sí.
T: ¿Y tú tienes derecho a no decir "sí señora" a todo lo que yo digo?
P: Claro.
T: ¿Tus clientes tienen derecho a no decir "sí señora" a todo lo que tú dices?
P: Seguramente sí.
T: Pues, como el próximo martes tienes una reunión, antes de que empiece, mientras ordenas los papeles, te arreglas y vas hacia la oficina, en lugar de ir pensando "ya verás, otra vez lo mismo, la vamos a tener, y luego no dormiré", ¿qué puedes decirte?
P: Puedo respirar profundamente y decirme que tienen derecho. Y, además, que ya sé que no pasa nada, que luego siempre lo aprueban y se van tan contentos.
T: Y durante la reunión, en vez de pensar "qué bobada dice este, cómo se atreve a preguntarme eso, otra vez fulanito con sus chorradas", ¿qué puedes hacer y decirte?
P: Lo mismo, respirar y decirme que tienen derecho. Si es que además es su dinero, cómo no lo van a mirar con lupa.
T: Claro. ¿Y al terminar la reunión?
P: ¡Por fin!
T: Vale, pero a mí me gustaría que te felicitaras, que te reconocieras a ti misma que has hecho un esfuerzo y un intento por tomártelo de otro modo.

P: De todas formas, yo sé que me voy a enfadar.
T: Tú lo sabes y yo también. Claro que te vas a enfadar el martes, pero probablemente, si pones en práctica lo que hemos dicho, te enfadarás algo menos que otras veces y, según lo sigas practicando en las siguientes reuniones, te irás enfadando menos. En cualquier caso, no se te olvide felicitarte y reconocer tu esfuerzo. La felicitación es por el intento, no por conseguir el objetivo a la primera de cambio.

La utilización de técnicas cognitivas que analizan el contenido de los pensamientos debe ser cuidadosa con los sujetos paranoides. Entrar en un debate de contraste empírico sobre sus ideas paranoides suele alimentar más la vigilancia y la desconfianza y confirmar más sus temores. Si enseñamos al paciente a detectar el miedo o la desconfianza como señal para distanciarse de sus pensamientos y, en el peor de los casos, posponerlos para otro momento, puede ser una estrategia eficaz de cara a los pensamientos que generan emociones de desconfianza. A nivel cognitivo, trabajaríamos más con contenidos más generales y menos actuales. Por ejemplo, no sobre el pensamiento automático "esta tarde mi mujer ha estado con otro hombre", sino sobre la certeza, las consecuencias de la desconfianza, obteniendo de este trabajo pensamientos alternativos que entrenaríamos al paciente a utilizar como autoinstrucciones en los momentos de malestar producidos por (ahora sí) los pensamientos automáticos concretos.

Veamos un ejemplo:

Paciente: Los compañeros del comité van a por mí. Ayer estuvo Fulano toda la tarde en el despacho de Mengano.
Terapeuta: ¿Eso significa que van a por ti?
P: Sí, si no fuera así, por qué estarían en el despacho frente a mi mesa, se oían las risas desde fuera para que yo me diera cuenta. Salieron cinco minutos justo antes que yo; sólo estaban allí por mí y cuando yo me iba a ir ya no tenía sentido que estuvieran...
T: Lo pasas muy mal con estas ideas del comité, es muy doloroso para ti todo este tema ¿verdad?
P: Sí, lo paso fatal.
T: Y además parece que no puedes hacer nada.
P: Sí, si estoy alerta podré defenderme.
T: Pero ya lo sabes y sabes qué podrías hacer si hubiera un problema. Yo creo que entonces no hace falta estar todo el tiempo pendiente y pensando en ello, que ya sabemos que te hace sufrir, sino que hay que intentar que cuando te vengan estas ideas, te recuerdes que si hubiera algún problema tienes instrumentos para defenderte y de que ahora se trata de estar lo mejor posible.
P: Yo sé que algo están tramando.
T: Pero ahora no tienes ningún problema con el comité, ¿no?
P: Todavía no.

> *T:* Entonces ahora es el momento de cuidarte para no pasarlo tan mal. Ahora, como te decía, cuando te vengan estas ideas, hay que recordarse lo mucho que te hacen sufrir, que te impiden concentrarte en tu trabajo, estar bien con tu familia, disfrutar de las películas, la literatura, etc. Posponías para otro momento con el fin de que puedas empezar a sentirte mejor y a concentrarte en otras cosas.

Técnicas para objetivos emocionales

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de respiración.
- Programación de actividades y actividades gratificantes y de Beck.
- Entrenamiento en Inoculación de estrés de Meichenbaum.
- Entrenamiento en Autocontrol emocional de Kanfer y Goldstein.
- Exposición en vivo.
- Exposición en imaginación.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Detención del pensamiento.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en empatia.
- Representación de papeles directa e inversa, etc.

Emociones como la tristeza, el vacío, la ira, los enfados o la ausencia de emociones como la empatia, los deseos, etc., son características en los TTPP. Desde nuestro modelo conceptual, trabajando los pensamientos modificamos también las emociones, aunque las técnicas, lógicamente, no se van a reducir exclusivamente a las cognitivas. Podemos utilizar el paquete de estrategias mencionadas anteriormente para la tristeza, ira, enfado, incluso el vacío. Mucho más complejas son emociones como la desconfianza, la falta de conexión afectiva o de empatia, el embotamiento emocional, característicos de los trastornos antisocial, paranoide y esquizoide.

Desde la práctica terapéutica, estamos más acostumbrados y tenemos un mayor aprendizaje en disminuir o aumentar emociones que en "crear" emociones. Porque ésta es la sensación que podemos tener frente a la frialdad del antisocial o la desconexión del esquizoide. La empatia en estos trastornos será un objetivo muy difícil de conseguir; recordamos ahora el comentario de un paciente esquizoide que afirmaba "yo sé que nunca podré enamorarme, que nunca podré sentir eso". La utilización de estrategias conductuales, el analizar con el paciente antisocial las consecuencias a corto, medio y largo plazo que sus conductas (ausentes de empatia) pueden tener sobre él mismo y el refuerzo sistemático de las mismas, la utilización de técnicas operantes, la imaginación vivida situándose en el papel de la víctima, pueden ser estrategias de elección.

El "haz como si", abordándolo a nivel conductual, es eficaz en el trastorno esquizoide, analizando las consecuencias. Es decir, aun a pesar de que el paciente exprese su desinterés por una actividad de carácter social, le pedimos que lo haga "como si le interesara", plan-

teando conductas muy concretas como objetivos y analizando las consecuencias positivas a corto, medio y largo plazo de realizar este tipo de conductas y las consecuencias negativas por no hacerlo. Si no podemos esperar fácilmente que el paciente "sienta", sí podemos intentar que actúe de un modo más adaptativo y saludable, que también facilitará la aparición de ciertas emociones. Exponemos un ejemplo con un paciente esquizoide con dificultades para experimentar emociones afectivas y, en concreto, de enamoramiento:

Paciente: Es que yo no estoy enamorado de mi novia.
Terapeuta: ¿Ella lo sabe?
P: Sí, pero yo creo que ella tampoco de mí porque dice que lo sabe y no le importa.
T: ¿Tú estás mejor con ella?
P: Casi no hablamos.
T: ¿Pero tú estás mejor ahora que cuando no estabas con ella?
P: Hombre, estar mejor... puedo ir al cine o a pasear con alguien, hago más cosas, pagamos el alquiler a medias, la gente me dice que visto mejor.
T: ¿Y ella qué dice?
P: Ella prefiere vivir conmigo a vivir sola, dice. Pero yo creo que debería estar enamorado de ella.
T: Fíjate que antes normalmente estabas en casa solo, no salías salvo para ir a trabajar, no mantenías casi contacto con nadie y no parece que te sintieras muy bien. Ahora estás con tu novia y es mejor que antes, aunque no sea espectacular. Y además ella lo sabe y no le parece mal ni le hace sufrir ¿no es así?
P: Sí.
T: Entonces conservemos lo bueno que hemos conseguido y trabajemos para intentar conseguir otras cosas, es decir, el afecto o el cariño entre vosotros.

Técnicas para objetivos conductuales

- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Exposición en vivo.
- Prevención de respuesta.
- Programación de actividades y actividades gratificantes.
- Entrenamiento en Autocontrol Emocional de Kanfer y Goldstein.
- Técnicas operantes: refuerzo positivo, extinción, coste de respuesta.
- Entrenamiento en Solución de Problemas de Nezu y Nezu.
- Ejercicios de maestría y placer.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.

El primer objetivo dentro del área conductual será que el paciente conozca cómo se originan y mantienen sus conductas y el papel de sus consecuencias a corto, medio y lar-

go plazo, tanto en el mantenimiento de las propias conductas como en el mantenimiento del problema, siempre dentro del paradigma cognitivo-emocional-conductual-social. Dentro de este marco, podemos plantear al paciente la necesidad de aprender conductas alternativas y de realizarlas (exponerse) de un modo gradual. Lo aplicaremos ante conductas sumisas, manipuladoras y agresivas, inactividad, conductas de evitación, aislamiento, conductas de seducción, etc.

El marco de las sesiones de terapia es también un escenario modificador de conductas, dado que el paciente interacciona con su terapeuta y éste puede reforzar, extinguir o castigar aquellas conductas que consideremos de interés. Estrategias que los terapeutas podemos utilizar durante la entrevista serían, por ejemplo, la extinción frente a las quejas, comportamientos seductores o afectados; el abordaje directo asertivo, junto con la extinción o la planificación de consecuencias, frente a descalificaciones o críticas agresivas; el refuerzo de la expresión adecuada de críticas, de toma de decisiones; la petición de opinión y el refuerzo de su expresión; la representación de papeles o la utilización de vídeo de modo que el paciente pueda ver su conducta y entender el efecto que causa en el entorno, etc. Exponemos un ejemplo con un trastorno antisocial de la personalidad:

> *Terapeuta:* ¿Crees que podrías participar en el grupo que te comenté el día pasado?
> *Paciente:* No. Me parece una bobada; yo no voy a ir contándole mis cosas a la gente y no voy a entrar en tu juego de que nos pongamos todos juntos a hacer de rebaño y tú de pastora.
> *T:* ¿No quieres participar entonces?
> *P:* Es otra manera de sacarnos dinero. Tú crees que me puedes engañar porque eres la psicóloga y se supone que yo estoy loco y no me entero, pero de eso nada.
> *T:* Mira, ocurre de vez en cuando que yo propongo o digo cosas con las que tú no estás de acuerdo y entonces tú te enfadas, gritas y haces comentarios poco agradables sobre mí o mi trabajo ¿verdad?
> *P:* Pues claro; si no me parece, no me parece y lo digo.
> *T:* Y a mí me parece muy bien que lo hagas. Pero preferiría que lo hicieras sin levantar la voz y sin descalificarme, porque es eso lo que a mí me sienta mal, no que no estés de acuerdo con lo que propongo ni mucho menos el que lo digas. Me gustaría que siguieras diciendo lo que piensas pero sin levantar la voz y sin descalificarme ¿de acuerdo?
> *P:* No sé si voy a poder; yo soy así y es lo que me pasa con todo el mundo.
> *T:* Claro. Eso es uno de nuestros objetivos de trabajo, que puedas aprender a ser más asertivo, a expresar y defender tus opiniones sin que acabes sistemáticamente en pelea o solo. Yo ya me imaginaba que no me iba a librar de esto y que conmigo también te enfadarías como pasa con el resto. Pero si queremos que esto cambie, también hay que hacer que cambie en las sesiones de terapia. ¡Que tenemos que vernos con frecuencia y por tanto tenemos que cuidarnos mutuamente!

P: Es muy difícil y no creo que pueda.
T. Yo voy a hacer una cosa. El quedarme sentada viendo cómo te enfadas, me gritas y me insultas a ti no te ayuda y a mí me hace perder la paciencia y el buen humor (y esto a ti no te beneficia tampoco). Así es que, cuando te enfades de esa manera, yo voy a hacerte una señal y voy a salir del despacho durante unos minutos, para que tú tengas un momento para respirar, darte instrucciones, recordar las consecuencias que tienen para ti estos estallidos, etc. Cuando yo entre, podrás expresarme lo que quieras de modo asertivo. Tú te sentirás mejor, yo también y ambos nos llevaremos bien.

Técnicas para objetivos en el medio ambiente

- Entrenamiento en técnicas operantes para las personas del entorno.
- Entrenamiento en asertividad de las personas del entorno.
- Terapia de pareja o familiar.
- Entrenamiento en solución de problemas y en comunicación.

Si consideramos que determinadas personas del entorno del paciente están contribuyendo a mantener su problema o determinadas conductas, tendremos que realizar un trabajo adicional con ellas, explicándoles, en primer lugar, cómo su actuación, aunque probablemente bien intencionada, está facilitando la repetición de comportamientos poco saludables por parte del paciente.

Habrá que valorar también con el paciente y facilitar la toma de decisiones sobre permanecer o no en determinadas actividades, situaciones o ambientes que pueden resultar especialmente estresantes para el mismo.

4.ª fase: Seguimiento

En el proceso terapéutico de los TT PP, esta fase cobra una especial importancia de cara a consolidar los aprendizajes y, sobre todo, la utilización y práctica de lo aprendido. Consideramos que esta fase debe ser larga, con sesiones mensuales, trimestrales y semestrales, con objetivos de trabajo, revisión de estrategias, evaluación continua de resultados, análisis de dificultades, prevención de recaídas ante potenciales estresores, etc. Y en esta fase hay que intentar, con mayor esfuerzo que en las anteriores, situar las respuestas en el paciente mientras los terapeutas hacemos más preguntas. Esto es así para instigar a la utilización del método terapéutico y de las técnicas aprendidas. Exponemos un ejemplo con un paciente dependiente:

Paciente: No sé si hacer el máster o aceptar el trabajo.
Terapeuta: ¿Qué has hecho para intentar decidir?
P: Le doy vueltas, se lo pregunto a mi novio, a mis compañeras y con mi familia también lo he hablado, pero no decido.

T: ¿Qué dice tu novio?
P: Nada, que yo veré y que lo que yo quiera.
T: ¿Él sabe que estás agobiada por esto?
P: Sí.
T: ¿Y por qué será que no te dice qué le parece mejor y deja que seas tú quien tenga que decidir?
P:... quizá para que no vuelva a lo de antes.
T: Ah. ¿Y tú por qué se lo preguntas tanto?
P: Me da miedo equivocarme. Es una decisión muy importante ¿verdad? ¿Tú qué harías?
T: ¡Vaya! ¿qué te parece que estás haciendo?
P: Ya lo sé; ir preguntando para que todos me digan lo que tengo que hacer y decidir.
T: ¿Y eso es beneficioso?
P: No. Un poco bueno, pero tanto como yo lo hago no. Me lío porque cada uno dice una cosa. Mis compañeras dicen, por ejemplo, que ellas cogerían el trabajo, que no quieren estudiar más...
T: ¿Entonces?
P: Sí, que tengo que decidirlo yo.
T: ¿Cómo?
P: Pensándolo como lo vimos en las tomas de decisiones. Pero no es fácil, me da miedo equivocarme y que luego me lo reprochen o les parezca mal lo que he hecho.
T: ¿Y qué vas a hacer con ese miedo?, ¿qué crees tú, que te conoces bien, que te conviene más?
P: Trabajarme esas ideas como hicimos, aceptar ahora el miedo, elegir y tirar hacia delante. También puedo repasar la lista de decisiones que tomé sin consultar, aunque con miedo. Eso siempre suele animarme.

17.3. Técnicas especiales

17.3.1. *Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática pasado-presente-futuro (Bas, 1990)*

La técnica que vamos a presentar deriva de algunas insatisfacciones en la experiencia clínica (especialmente, la del deseo de poder disponer de un procedimiento lo más estándar posible para los pacientes crónicos), de los modelos de cambio desarrollados por el autor en otro lugar (Bas, 1981, 1991 y 1998), en donde se enfatizan los procesos de autoatención y de atención y de la actualización a través de los resultados de una investigación sobre dificultades encontradas por un grupo de 86 pacientes en el uso activo de la RCCS (Bas, 2000).

La aplicación de esta técnica requiere que el paciente esté familiarizado con la terapia cognitivo-conductual. Para llevarla a cabo se le invita a éste en la primera o segunda sesión a que confeccione en casa un historia autobiográfica centrada en sus problemas y en la forma con que recuerda que los afrontó. Los trastornos de la personalidad y, en general, los trastornos crónicos se caracterizan por una estabilidad y generalización de los patrones disfuncionales muy singular, lo que justifica un trabajo no sólo centrado en el presente sino también en el pasado y el futuro. A continuación, el paciente debe relatar los problemas principales del presente (contextos en los que se presentan, tipos de problema que experimenta y cómo los afronta) y, finalmente, los problemas que cree que podría tener en el futuro (escenarios de riesgo y cómo cree que le afectarían). Todo ello no debe ocupar más de 5 o 6 páginas. Se justifica este trabajo como un acercamiento para tener una visión global del tipo de problemas que el paciente ha tenido, tiene y cree que tendrá y para valorar sus habilidades generales de afrontamiento de esos problemas.

Cuando el paciente trae ese material, se lee en voz alta delante de él y se le pide que vaya acotando los episodios más relevantes desde el punto de vista del impacto que tuvieron en su vida. Se le invita a que señale el modo en el que ha interpretado estas situaciones, realizándose un análisis funcional para cada uno de estos episodios. Se anotan en el margen de la página esas respuestas, en forma de frases breves generadas por el paciente con la ayuda de su terapeuta (aquí la técnica del "descubrimiento guiado" es importante). Así, con el material de los análisis funcionales, recorremos el pasado, el presente y el futuro y vamos construyendo en paralelo y conjuntamente con el paciente los mapas cognitivos-conductuales-emocionales-sociales correspondientes a cada uno de los supuestos básicos encontrados en el análisis de los distintos episodios problemáticos. Además los autorregistros que el paciente confecciona a lo largo de cada semana nos permiten actualizar los mapas continuamente, validando o rectificando las hipótesis construidas del pasado y del presente extraídas de la autobiografía.

En general, los supuestos disfuncionales básicos no suelen sobrepasar los dos o tres, existiendo una galaxia semántica asociada de pensamientos a cada uno de ellos muy extensa. El terapeuta debe luchar para no proyectar sobre el paciente el arquetipo que la bibliografía psicológica asigna a cada psicopatología. Esto es especialmente importante en el caso de los trastornos de la personalidad. Hay que utilizar, en la medida de lo posible, una técnica inductiva, basada en el principio de parsimonia y el contraste empírico, a fin de no caer en la etiquetación y sobresimplificación de la visión que construimos del paciente. Por ello, el análisis funcional es el instrumento de elección: idiosincrásico, específico, limitado en el tiempo y en el espacio, basado en hechos. Además, es un instrumento muy pedagógico, terapéutico en sí mismo y que facilita el proceso de cambio.

El paciente debe estar de acuerdo con el mapa (modelo de aprendizaje explicativo). En éste, él debe percibir de una forma sintética, pero muy creíble, el mantenimiento de sus problemas. En ocasiones, construimos también otros mapas para explicar tentativamente el origen de los problemas. Que el paciente perciba una explicación de sus dificultades más esperanzadora, basada en procesos de aprendizaje potencialmente modificables, constituye, a veces, en sí misma, una intervención terapéutica de primera magnitud. Esta explicación debemos ofrecerla lo antes posible.

Una vez que tenemos los primeros mapas empezamos a trabajarlos, empezando a construir una jerarquía. La orientación para elegir el ítem inicial responde más a razones estratégicas o prácticas que a razones formales. Es decir, trabajar inicialmente los ítems relacionados con la actualidad, en general, pueden vincular más al paciente a la terapia que los ítems del pasado o del futuro. La estabilidad de un ítem o esquema básico tiene que ver, en general, con su frecuencia de aparición en el pasado y, por tanto, con la tasa de refuerzo histórico que el ítem ha recibido. Por tanto, los esquemas más recientes tendrán, en general, prioridad sobre los más antiguos. De cualquier modo, estos criterios de selección deberán estar sometidos a consideraciones derivadas de las competencias o los recursos que ofrece el paciente para afrontar los ítems, la relevancia funcional de cara a los problemas que en ese momento agobian más al paciente, su nivel de motivación por la terapia, las características del trastorno, etc. Una vez seleccionado el ítem procedemos así:

1. Invitamos al paciente a que evoque con el mayor nivel de detalle un acontecimiento reciente en donde se activó ese esquema. Le señalamos que mantenga en su cabeza lo que pensó y que centre su atención en la relación entre lo que pensó y lo que sintió. Si llevó a cabo alguna acción le insistimos en que ponga una especial atención en la *relación* entre lo que hizo y sus consecuencias. El entrenamiento sistemático en la *atención sostenida sobre cognición-emoción y viceversa y entre conducta-consecuencias* constituye un objetivo nuclear de la intervención. Hay muchos pacientes opacos a estas relaciones y sin llegar a captarlas con facilidad el paciente no llega nunca a convertirse en su propio terapeuta, que es, en definitiva, el objetivo último de la terapia cognitivo-conductual.
2. Le sugerimos que "module" en imágenes su modo de pensar e intente cambiar su conducta. Que dirija su atención al modo en que se siente al pensar de otra manera y a las nuevas consecuencias derivadas de su conducta. Este ensayo se repite con diversos contenidos haciendo especial hincapié en la visualización de los dos tipos de relaciones. Se debe incluir también material emocionalmente neutro para optimizar la atención sobre la "relación", evitando así el escape que típicamente acompaña a una imagen con fuerte implicación emocional negativa.
3. La mayor parte de las situaciones problemáticas tienen que ver con relaciones interpersonales. El "otro" está en nuestra cabeza o delante de nosotros. Recuperamos en imágenes la situación problemática e invitamos al paciente a que "se meta en la cabeza y los sentimientos del otro". Es decir, ensayamos una inversión de roles. De nuevo, le pedimos que señale la relación entre el modo de pensar de esa persona y su modo de sentirse, así como las formas en que ha aprendido a conducirse y las consecuencias que se derivan de ellas. Que paralice los juicios de valor y las evaluaciones. Sólo queremos describir, comprender al otro, captando la forma con la que ha aprendido a pensar, sentir y conducirse. En definitiva, entrenamos a la persona, ahora en la cabeza de otro (la pareja, el jefe, un amigo, etcétera), a mantener la atención sobre la tríada de relaciones (cognición-emo-

cion, viceversa y conducta-consecuencia). Este punto puede resultar de un interés especial para ayudar al paciente con un trastorno de la personalidad a desarrollar empatia con los otros.

4. Le invitamos a que en casa ensaye los tres pasos anteriores varias veces al día. Cuando encuentre un modo de pensar o de actuar con consecuencias más adaptativas de cara a sus objetivos, que trate de ponerlas en práctica, a fin de que pueda vivir nuevas consecuencias y los modos alternativos de pensar o actuar queden reforzados en vivo" y no sólo de modo encubierto. Así, se van decantando alternativas y generando procesos de RRCS "en vivo" y no sólo a través de discusiones socráticas o de cualquier otro tipo, tan frecuentes y típicas en las sesiones terapéuticas.
5. Con las alternativas seleccionadas "en vivo" hacemos que el paciente se enfrente al episodio histórico o presente seleccionado, en imágenes o en la representación de papeles, con la mayor implicación emocional posible (p. ej., si estamos trabajando con una personalidad obsesivo-compulsiva) o, por el contrario, con la mayor serenidad y relajación posibles (p. ej., si trabajamos con un paciente histriónico). Se trata de generar una reestructuración emocional, asignando de nuevo atención selectiva a las nuevas relaciones.
6. Asi, pasamos de un ítem a otro de la jerarquía, evaluando y utilizando las dificultades encontradas al trabajar cada uno de ellos, a fin de superar los obstáculos y completar, sesión a sesión, el mapa cognitivo-conductual-emocional-social que sirve de esquema explicativo actualizado de los procesos de aprendizaje mantenedores de los conflictos.
7. Conforme el paciente va generando cambios, vamos constituyendo el *mapa alternativo.* El paciente debe llevarlo encima y completarlo, con ayuda de su terapeuta, conforme progresa. Le sirve de recuerdo de los objetivos, autorrefuerzo, estímulo discriminativo, guión para su trabajo y entrenamiento mantenido en las dos relaciones señaladas anteriormente.
8. Al llegar a los últimos ítems de la jerarquía, iniciamos el trabajo con escenarios del futuro, entrenando al paciente en prevención de recaídas. En general, en este punto, las alternativas ya han sido incorporadas al repertorio del paciente y se trata, sobre todo, de provocar aleatoriamente (cuando es posible) los factores de riesgo que había arrastrado, trabajándolas no sólo en imágenes sino provocando, a ser posible, experiencias vitales.

En todas las fases de reestructuración, la atención de terapeuta y paciente debe periódicamente centrarse en las distorsiones cognitivas, las ideas irracionales, los hechos a favor y en contra de la idea a trabajar y su papel disfuncional, siguiendo una rutina de reestructuración.

El Eje I y el Eje II del DSM-IV se trabajan indistintamente, es decir, no se diferencian, ya que los análisis funcionales y los subsiguientes mapas ya explicitan la relación entre uno y otro, de modo concreto e idiosincrático, sin artificios taxonómicos.

Matizaciones en la aplicación de la técnica de RCCS-PPF a los pacientes con un TP

1. Es preciso mantener un tono general de asertividad, empatia y calidez ante cualquier paciente, pero muy especialmente ante una persona con un TP.
2. En los relatos de sus imágenes, los pacientes con un trastorno narcisista de la personalidad (TNP) podrían hacer especial hincapié en sus cualidades positivas, en sus respuestas físicas, en la atribución de responsabilidades de los demás y todo ello en un cuadro cambiante o no realista. Hay que *dividir,* a veces, *la escena en partes* y ser muy parsimonioso en su construcción. Puede oscilar del detalle a lo abstracto y general. Hay que reforzar las respuestas concretas, cuidando que no perciba las preguntas del terapeuta como una señal de incompetencia o ignorancia. Elegir, por tanto, al principio episodios no vinculados directamente al núcleo narcisista.
3. En el TNP conviene subrayar los aspectos comunes que pueda percibir entre él y los demás.
4. El paciente con trastorno histriónico de la personalidad (THP) dispone de un estilo autoatencional global, inespecífico y centrado en absolutos. Puede sentirse incómodo al inducir estados de autoconocimiento, por lo que, al igual que con el TNP, hay que pautar y subdividir los ítems, evitando los escapes a la "superficie" que el THP trata de generar. La necesidad continua de beneficios a corto plazo en estos pacientes hace más aconsejable elegir al principio episodios recientes y accesibles a sus habilidades actuales.
5. Con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) no hay que ser muy analítico, ni excesivamente afectivo. Se recomienda ser concreto en las exposiciones y elegirlas preferentemente sobre temas actuales. El terapeuta debe subrayar su imagen de buen profesional.
6. Con el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) se puede mostrar aceptación incondicional, calidez y dar señales de seguridad en lo que se hace. Puede obviar relatos que pueden no gustarle a su terapeuta. Cuidar la pedagogía.
7. En el trastorno esquizoide de la personalidad (TEP), la dificultad del sujeto al acceso a los pensamientos automáticos puede hacer difícil la aplicación de la técnica. En general, acuden por problemas del Eje I y esto nos permite "esquivar" inicialmente ciertos contenidos típicamente esquizoides, a la vez que entrenamos al sujeto en autoatención selectiva y en manejo de contingencias (pensamiento-emoción y conducta-consecuencias).
8. Los ejercicios de autoatención sobre contenidos negativos pueden ser activamente evitados en el trastorno paranoide de la personalidad (TPP). Pueden sentirse vulnerables, amenazados y experimentar un fuerte temor. Además, en los relatos, es posible que oculten sus defectos e inseguridades, por lo que es posible que haya que hacer "relatos" sucesivos de cada episodio problemático. Al igual que con otros trastornos de la personalidad, suelen venir a terapia por trastornos del Eje I, lo que nos da pie para crear una buena alianza terapéutica antes de afrontar los esquemas más delicados del trastorno.

17.3.2. Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática (Bas y Andrés, 1986b)

En la práctica clínica hemos podido apreciar que las rutinas de reestructuración cognitiva constituyen un objetivo esencial en el tratamiento de los pacientes. Es importante que, con cierta rapidez, puedan obtener un cierto beneficio. Es decir, que puedan percibir que la nueva forma de ver las cosas les aporta algo de tranquilidad, una cierta sensación de confianza en sí mismos para afrontar los retos y mayor capacidad de decisión. No olvidemos que el resultado de las primeras sesiones constituye uno de los mejores predictores de la eficacia de la terapia (Andrés, 1995). La RCCS (sea cual sea su modalidad, incluyendo la exposición) constituye la herramienta más poderosa y con efectos más prolongados entre los mecanismos de cambio. Pero hemos de asegurarnos de que el paciente usa cotidianamente esos instrumentos, ya que hemos podido comprobar que la mayoría de los pacientes empieza a dejar de usarlos con normalidad entre los 6 y 12 meses de terapia (Bas, 2000). Podría responderse que quizá no la usan tanto porque lo necesitan menos y esto puede que sea parcialmente cierto. Cuando se ha practicado mucho en los primeros meses, la RCCS puede llegar a hacerse automática y, en alguna medida, no consciente. Pero esto no justifica dejar de mantenerse atento, especialmente de cara a la prevención de recaídas (Bas y Andrés, 1986, 1989) y muy singularmente en los TTPP. Además, la ventaja de poder "repasar" las estrategias usadas para superar ciertas crisis (cuando se tiene el acierto de proyectar sobre una libreta los trabajos de RCCS e irlos acumulando en el tiempo) fortalece sensiblemente la competencia autopercibida de afrontamiento a las fuentes de estrés. Con una intención pedagógica a la vez que terapéutica, y a fin de tratar de cubrir las necesidades que hemos apuntado, diseñamos un protocolo de reestructuración (Bas y Andrés, 1986, 1994). El cuadro 17.4 ilustra los pasos que, llevados a cabo de modo total o parcial, pueden facilitar rutinas de afrontamiento ante los pensamientos y esquemas disfuncionales. No olvidemos que la creación del hábito tiene que ver con las consecuencias que se deriven de su uso y, por ello, hay que diseñar prácticas con el terapeuta y confirmar que su ejercicio en la vida cotidiana ofrece claros beneficios al paciente. Si esto no es así, tendremos que rectificar los procedimientos utilizados. En los seguimientos a largo plazo (de 8 años en Bas y Andrés, 1989) pudimos observar que el uso de las distorsiones cognitivas y la valoración de las consecuencias eran las dos estrategias que más se utilizaban, aunque, en casi ningún caso, se hacían por escrito.

Las fases de reestructuración se aprenden una a una. Es decir, iniciamos la práctica "cazando" las ideas irracionales y absolutas. Una vez que el paciente se ha habituado, le invitamos a que pase a la fase 10, de "Pensamientos alternativos" y su puesta en práctica. Después, seguimos con la fase 2, "Distorsiones cognitivas" y la búsqueda de alternativas no distorsionadas (fase 10), etc. Así practicamos con todo el cuadro las veces que sea necesario, cuidando de reforzar de modo genuino e inmediato cualquier aplicación espontánea del paciente y su implicación en el aprendizaje. Hay que cuidar la implicación emocional durante la reestructuración. El "enfado respetuoso" para con una determinada creencia que nuestra cabeza ha mantenido de espaldas a nuestros deseos de tranquilidad y a nuestro derecho a la felicidad debe ser firme e incluso acalorado.

Cuadro 17.4. *Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática (Bas y Andrés, 1986b, 1994).*

Pensamiento negativo:
Grado de creencia antes de la reestructuración (0 a 1 00):
Grado de creencia después de la reestructuración (0 a 100):

Proceso de reestructuración

1. Ideas irracionales.
2. Distorsiones cognitivas.
3. Hechos a favor de este pensamiento.
4. Hechos en contra de este pensamiento.
5. Consecuencias positivas de mantener este pensamiento.
   - Inmediatas.
   - A medio plazo.
   - A largo plazo.

   Importancia de estas consecuencias.
6. Consecuencias negativas de mantenerlo.
   - Inmediatas.
   - A medio plazo.
   - A largo plazo.

   Importancia de estas consecuencias.
7. Consecuencias positivas de cambiar estos pensamientos por otros menos absolutos, más adaptativos y más realistas.
   - Inmediatas.
   - A medio plazo.
   - A largo plazo.

   Importancia de estas consecuencias.
8. Consecuencias negativas de cambiar este pensamiento por otros menos absolutos, más adaptativos y más realistas.
   Importancia de estas consecuencias.
9. ¿Qué es lo peor que me puede pasar si dejo de creer en este pensamiento?
10. Pensamientos alternativos: ¿De qué otra manera puedo pensar que sea más lógica, más realista y más adaptativa?
    (Señalar el grado de creencia para cada uno de ellos).
11. Hechos a favor de los pensamientos alternativos.

Ensayo y práctica de la reestructuración

a) Escribiendo en tarjetas los pensamientos alternativos, buscar activamente las situaciones en donde suele aparecer este pensamiento negativo y tratar de reetiquetar o reevaluar la situación, aplicando las alternativas más creídas. Si es pertinente, utilizarlas como auto-instrucciones de enfrentamiento a la situación problema. Reevaluar el grado de credibilidad de las alternativas después del ensayo. Autorreforzarse por cada práctica.

b) Practicar con emocionalidad en las situaciones naturales que se presenten, leyendo o acordándose de las alternativas. Autorreforzarse por cada práctica. Opcionalmente, dispensarse consecuencias negativas por no practicar estas alternativas en las situaciones naturales y dejarse llevar por los pensamientos negativos.

c) Si a pesar de todo el trabajo anterior, se sigue *sintiendo* el pensamiento negativo como *verdadero*, aunque racionalmente se considere falso, se puede utilizar la técnica de los "contrarios" de McMullin y Giles (1981), practicar una DS o un procedimiento de "saciación" similar al que utilizamos con los pensamientos obsesivos.

17.4. Ejemplos de tratamiento

Se presentan a continuación cinco casos tratados por los autores. Hemos respetado el distinto estilo de presentación del caso a fin de ilustrar la variedad de formatos con los que los terapeutas de la misma orientación pueden presentar sus trabajos. La meticulosidad con la que se ha abordado el trastorno límite de la personalidad está justificado en razón de la complejidad del trastorno y por ilustrar algunos aspectos que quizá no hayan sido suficientemente explicitados en la presentación de los casos anteriores (idas y venidas en el proceso terapéutico, parámetros de seguimiento, etc.).

17.4.1. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP): presentación de un caso

Ana es una señora jubilada, de 70 años de edad, muy correcta, educada y cordial. Acude a terapia porque, a partir de su jubilación, empezó a encontrarse muy nerviosa y deprimida, empeorando definitivamente al finalizar los cursos que realiza y quedarse "sin nada que hacer", si bien había sufrido depresiones en otras épocas de su vida. Se queja de que hace las cosas de modo chapucero, de no terminar lo que empieza, de no hacer todo lo que tiene que hacer, etc. Vive con su hermano, tiene un grupo de amigas de toda la vida, asiste a talleres de actividades manuales, participa en un coro, hace yoga y sale a caminar, si bien esto último ha dejado de hacerlo últimamente. Tiene un horario semanal perfectamente estructurado, y se altera mucho cuando algo se lo varía.

El padre de Ana era alcohólico. Ella tuvo que empezar a trabajar a los 11 años, asumiendo como responsabilidad suya y durante toda su vida el soporte económico de su familia y la felicidad de su madre. A los 19 años volvió a estudiar para poder subir de nivel en la empresa en que trabajaba. Su padre no la dejaba estudiar y ella se pudo imponer porque su sueldo era fundamental en casa. Logró llegar a un puesto importante y era muy valorada en el trabajo. Trabajaba sola "para organizarse y controlar mejor". Mantenía relaciones cordiales con los compañeros pero no hizo amigos porque "al trabajo no se va a hacer amigos y además eso puede interferir".

No tuvo nunca pareja porque "nunca fue nada frívola"; no le gustaba ese estilo, aunque con el tiempo ha pensado que hubiera sido mejor para ella ser algo más "ligerita de cascos", más desenfadada, más frívola y menos estricta (véase la figura 17.1).

Se trabajó a nivel cognitivo, fomentando la creencia en esquemas más adaptativos, menos rígidos y exigentes, aumentando el autorrefuerzo y disminuyendo la autocrítica; a nivel emocional, disminuyendo los sentimientos de nerviosismo, culpa, tristeza y de ansiedad ante los cambios; a nivel conductual, aumentando la realización y finalización de tareas y disminuyendo las conductas para buscar el bienestar de los otros; y a nivel social, aumentando el repertorio de habilidades sociales y asertivas.

Ana mostró durante todo el tiempo de la terapia una actitud "excesivamente" colaboradora: hacía siempre las tareas y, si no las hacía, se disculpaba enormemente, dejando patente su miedo a molestar o causar inconvenientes a los otros también con su terapeu-

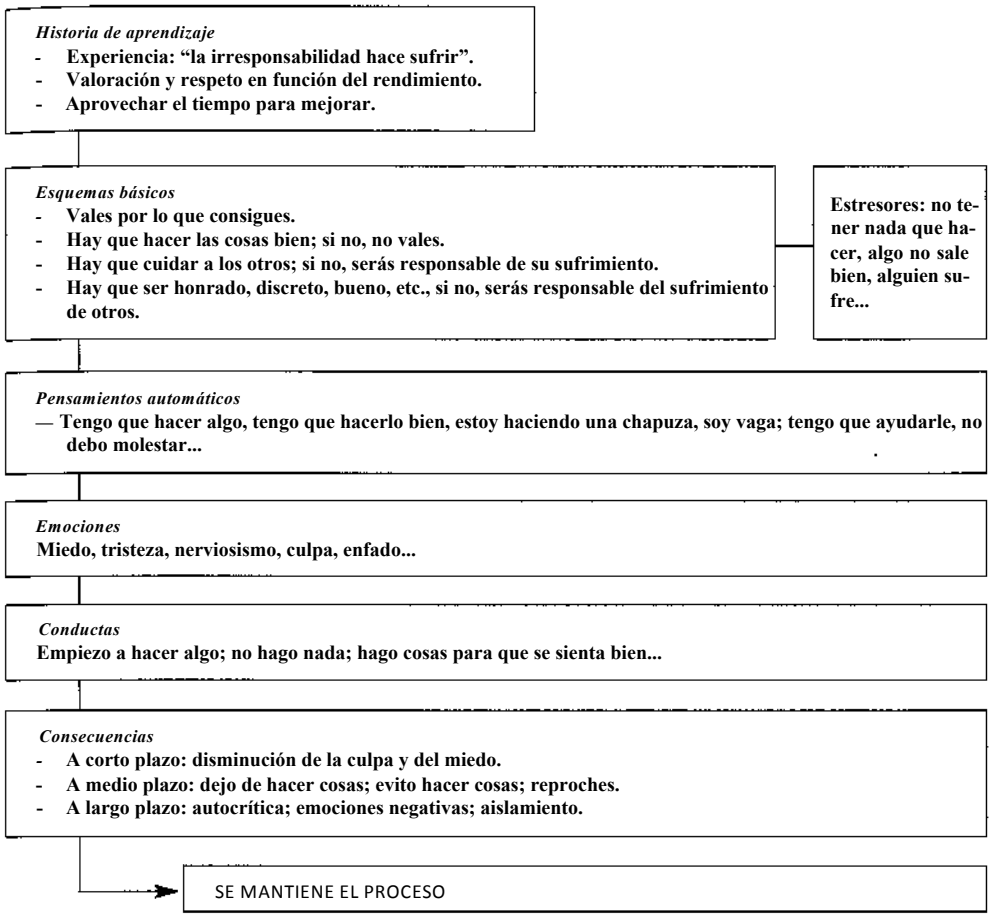


Figura 17.1. Mapa de origen y mantenimiento de un caso de TOCP (esquema I).

ta. Se comenzó elaborando con Ana un modelo explicativo de su problema actual, similar a los vividos en otros momentos de su vida, así como realizando planificaciones semanales de tareas, que incluían las actividades a realizar y un tiempo concreto para finalizarlas. Al mismo tiempo, la paciente repasaba sus técnicas de relajación y aprendía herramientas que utilizaría posteriormente (ideas irracionales, distorsiones cognitivas, etc.).

Se entrenó a Ana en reestructuración cognitiva sobre sus pensamientos automáticos y esquemas básicos. Se la enseñó a utilizar los pensamientos alternativos en las situaciones de malestar, concretamente en la exposición a las tareas que evitaba hacer por entender que no las estaba haciendo bien.

Se trabajó con exposición en vivo, prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y autorrefuerzo en la realización y finalización de tareas pendientes. Las tareas que más fie-

cuentemente Ana evitaba hacer eran los trabajos correspondientes a sus cursos (pintar cojines y muñecas, coser, etc.). Estas tareas se planifican con limitación de tiempo sin vuelta atrás para evitar los repasos; en un tiempo limitado la tarea se da por terminada. Posteriormente y con el objetivo de aumentar la tolerancia a la incertidumbre y disminuir la ansiedad ante los cambios, se trabajó con exposición en vivo a la "desplanificación" de actividades, de modo que Ana no sabía qué iba a hacer cada día hasta ese mismo día por la mañana. Se acompañaba con técnicas de reestructuración cognitiva, autorrefuerzo y relajación.

Se planteó también como objetivo de terapia el disminuir la asunción de responsabilidad en el bienestar de su hermano. Para Ana su hermano "seguramente se sentía solo y debía dejar de fumar". Ana dedicaba parte de su tiempo y esfuerzos a intentar que saliera, hacerle sonreír y conversar... llegando a dejar de fumar para ver si así él también lo hacía. Se utilizaron estrategias igualmente de reestructuración cognitiva, exposición en vivo, relajación y autorrefuerzo.

A nivel social, se entrenó a Ana en habilidades sociales que le permitieran relacionarse de un modo saludable con sus compañeros de cursos y coro. Si bien se sentía apreciada por ellos y los juzgaba como buenas personas, le parecían muy desinhibidos y habladores, afirmando sentirse incómoda y extraña con ellos. Igualmente, se aumentó la frecuencia de realización de actividades gratificantes con su grupo de amigas, que había disminuido considerablemente para poder "hacer compañía" a su hermano.

A medida que Ana iba conociendo y manejando la hipótesis de origen y mantenimiento de su problema y las técnicas para modificarlo, verbalizaba ideas del tipo "esto me hubiera venido muy bien hace años", "ahora ya casi no merece la pena", "debería haber sido más desenfadada". Se trabajaron estas ideas con reestructuración cognitiva y, si bien no dejaron de ser creíbles para Ana, no paralizaron su proceso terapéutico ni su implicación en la terapia.

Ana mantuvo sesiones semanales de terapia durante un año, pasando después a sesiones quincenales y mensuales en el año siguiente. Ana aprendió a manejar sus pensamientos automáticos, a no evitar tareas por no hacerlas "como debería", a cuidar su tiempo libre compartiéndolo con sus amigas, a no creerse responsable de la felicidad de su hermano y a tener una relación cordial y cómoda con sus compañeros de coro. Incluso empezó a participar en un taller de escritura, que siempre le había apetecido, pero no lo había hecho por temor a no hacerlo bien. Permanecía, sin embargo, algo de incomodidad frente a los cambios en su organización. En el seguimiento realizado un año después, Ana manifiesta que, si bien sus "debería" y sus autoexigencias le seguían asaltando, sabía cómo manejarlas para que no le hicieran sentirse mal.

17.4.2. *Trastorno de la personalidad por evitación: presentación de un caso*

Rosa tiene 41 años; está soltera y vive sola. Trabaja como administrativa y encuentra poca satisfacción en su trabajo. Desde hace muchos años está "deprimida y sola". Los tres últimos años se encuentra peor por coincidir con la ruptura de una corta relación de pareja. Anteriormente había estado 6 años en terapia por sus dificultades con la gente (timidez, celos, enfados, sentirse desplazada) y también estos 3 años que lleva peor. Cree

que le pasa esto por "un sentimiento de soledad fuerte y una sensación de desamparo", por ser más débil que los otros, "porque es muy fácil hacerme daño". Rosa manifiesta haber sido siempre criticada y rechazada por sus padres y hermanos por sus dificultades en los estudios (frente a sus hermanos) y por su carácter difícil. Siempre le ha costado mucho relacionarse con la gente y conservar las relaciones. Refiere que ni en la adolescencia tuvo amigos y que le ponía nerviosa todo lo que a los demás les gustaba (salir, bailar, hacer excursiones, conocer gente, etc.). En el momento que acude a consulta sólo tiene una amiga. No le gusta su trabajo, pero siempre ha tenido miedo a buscar otra cosa y fracasar o darse cuenta de que no sirve. Le gustaría hacer cosas en su tiempo libre como jugar al tenis, practicar deportes aeróbicos, pero refiere "darle mucha pereza" salir de casa. Comenta que lo único que sabe hacer para no sufrir es evitar las situaciones que sabe que le producirán malestar (véase en la figura 17.2 el mapa de este caso).

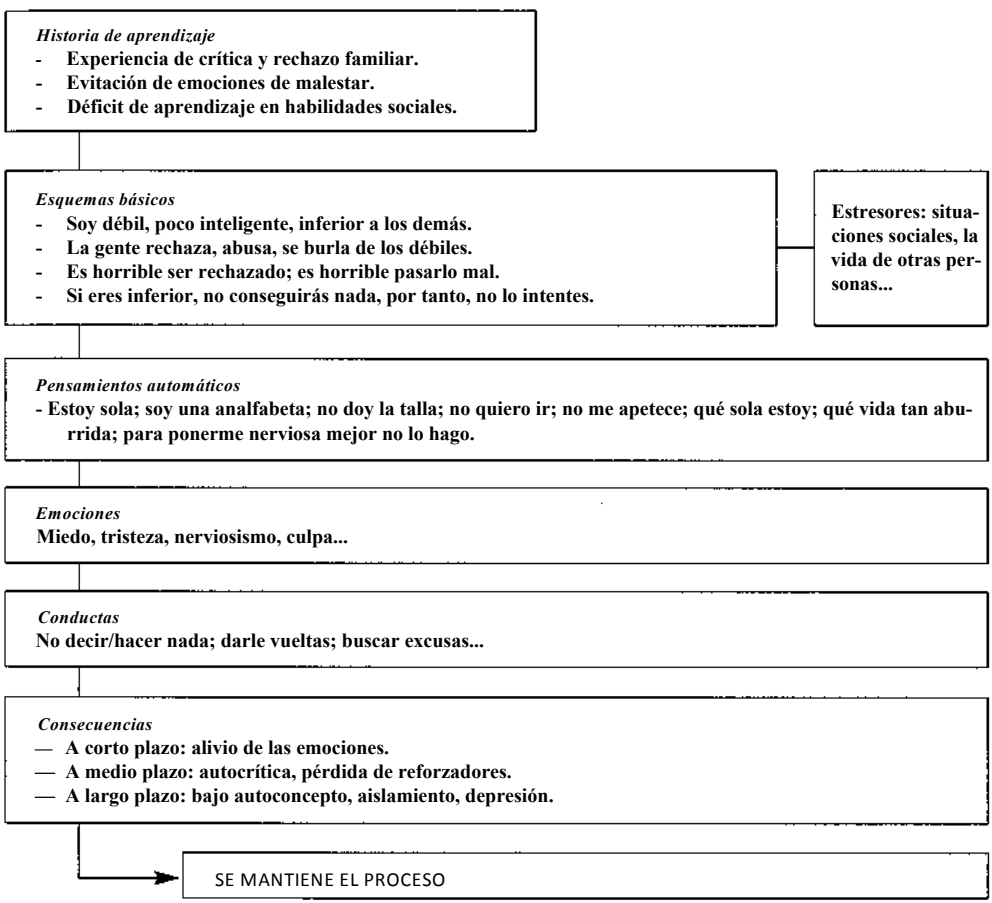


Figura 17.2. Mapa resumen de hipótesis de origen y mantenimiento (esquema II).

Inicialmente, las situaciones de malestar recogidas por Rosa en autorregistros se centraban en su trabajo, en las reuniones familiares y las sesiones de terapia, dado que eran los únicos ámbitos de relaciones sociales que Rosa tenía. El primer objetivo de trabajo fue la comodidad de Rosa en las sesiones terapéuticas. Dada la visible tensión de Rosa fue de especial importancia el desarrollar habilidades de escucha activa, calidez, refuerzo, etc. para conseguir que Rosa se sintiera aceptada *y* disminuyera su temor al rechazo por parte del terapeuta. Se trabajaron directamente los pensamientos que originaban dicho temor, específicamente con reestructuración cognitiva, *y* se enseñó a Rosa, a nivel conductual, a ser asertiva con su terapeuta. Esto supuso un buen campo de aprendizaje en vivo para poder transferir conocimientos *y* habilidades a otras esferas sociales en las que aparecían las mismas dificultades. Al mismo tiempo, se elaboraron planificaciones de actividades gratificantes para hacerlas en solitario, con el fin de mejorar su estado de ánimo y favorecer un estilo atribucional que mejorara su autoconcepto.

Se construyeron con Rosa las hipótesis de origen y mantenimiento de sus dificultades. Se plantearon como objetivos a nivel cognitivo disminuir el grado de creencia en esquemas básicos y pensamientos automáticos, así como aumentar la creencia en supuestos y pensamientos más saludables, flexibles y adaptativos y aumentar las expectativas de autoeficacia y de resultado con relación a su propia vida y a su futuro. A nivel emocional, se buscó aumentar la tolerancia a las emociones negativas de ansiedad y nerviosismo. A nivel conductual, se planteó como objetivo el aprendizaje de habilidades sociales y asertivas; a nivel social, aumentar las relaciones sociales, amistosas y personales.

Las técnicas más utilizadas, por ser las de mayor eficacia, fueron reestructuración cognitiva, ensayos conductuales, autorrefuerzo, exposición en vivo y coste de respuesta. Si bien Rosa podía entender y compartir perfectamente el mecanismo de mantenimiento de su problema, el malestar asociado a las situaciones sociales hacía que las conductas de evitación fueran especialmente resistentes al cambio en el inicio. Se introdujeron por ello el coste de respuesta y la figura de un coterapeuta (que inicialmente acompañaba a Rosa en situaciones establecidas) para facilitar la realización de las tareas y que Rosa pudiera comprobar por sí misma la eficacia de la exposición y el manejo de pensamientos negativos.

Al mismo tiempo, Rosa debía realizar un registro de "éxitos", tanto a nivel laboral como personal, de un modo sistemático, con el objetivo de desviar el centro de atención desde la información negativa, coherente con sus esquemas básicos, hacia otros datos que permitieran mejorar su autoconcepto y construir una imagen de sí misma más saludable y adaptativa.

Más adelante, se plantearon los objetivos sociales, lo cual supuso una "vuelta hacia atrás" al enfrentarse con situaciones que activaban más el temor al rechazo y la autocrítica. Sin embargo, para este momento, Rosa ya había experimentado y aprendido bien cómo la evitación no era el camino que debía seguir, si bien la alternativa terapéutica no estaba exenta de dificultades. En cada exposición que Rosa hizo, su terapeuta nunca le ocultó que la ansiedad y el miedo iban a aparecer, si bien irían disminuyendo según ella trabajara en los tres niveles de respuesta.

A lo largo de la duración de la terapia, hubo varias ocasiones de especial dificultad por ser sucesos especialmente estresantes para Rosa, a saber, críticas y rechazo por parte

de otros. El apoyo y refuerzo del terapeuta, que sin embargo facilitó que fuera Rosa quien decidiera qué herramientas podía utilizar en esos momentos de especial dificultad para la paciente, alejaron la posibilidad de recaídas, permitieron afianzar los aprendizajes terapéuticos y que Rosa hiciera atribuciones internas de los éxitos, así como que mejorara su autoconcepto y sus expectativas de autoeficacia.

Se mantuvo con Rosa un largo período de seguimiento (tres años) con sesiones bimensuales y semestrales. Los cambios afrontados paulatinamente por Rosa así lo aconsejaban. Inició una relación de pareja con la persona que convive posteriormente, preparó una oposición, acude a clases de tenis, tiene un círculo de amigas en el trabajo, etc. Elaboró un resumen de lo aprendido y conseguido en terapia; anotaba haber aprendido "a enfrentarme con mis miedos, a los problemas que pueda tener con otras personas, a controlar mis pensamientos, a no idealizar a las personas y verlas como iguales, que buscando retos la vida es más entretenida, que son la sal de la vida" y haber conseguido "adquirir más seguridad en mí misma, vencer gran parte de mis miedos, aumentar mi autoestima, valorando más mis logros y no despreciándome por mis errores, comportarme más como yo soy, sin tener tanto en cuenta lo que el otro pueda pensar de mí, aclarar pensamientos conflictivos, aceptarme más como soy y quererme más".

17.4.3. *Un caso clínico: El trastorno histriónico de la personalidad*

En un caso de un paciente homosexual que tratamos, acudió a consulta porque tenía problemas con una de sus parejas (la que consideraba más estable). Asimismo presentaba síntomas de ansiedad que controlaba mal. Se encontraba confuso pero no lo reconocía. Utilizaba un lenguaje abstracto y concretaba mal en qué consistía su problema y sus emociones. También le preocupaba su negocio, que había montado hacía un año y medio (un café) y que no le iba nada bien, y llevaba al mismo tiempo otro negocio de mantenimiento de ordenadores. Era incapaz de planificar el trabajo diario, atendía a aquel que lo necesitaba en ese momento por no quedar mal aunque ya estuviera citado con otro cliente. Iba vestido de forma un tanto espectacular, era bastante amanerado, un tanto teatral. Algunos clientes no entendían cómo un ingeniero podía ir vestido de esa manera y manifestaban su extrañeza por ello, hecho que era interpretado por el paciente como rechazo, haciendo que se sintiera muy mal. Algunas veces se enfadaba con estos clientes de forma muy descontrolada y perdía a alguno de ellos por la discusión. Para él, que tenía su negocio en una ciudad pequeña, esta situación era cada vez más negativa porque él vivía de las relaciones sociales que establecía con mucha facilidad siendo encantador en los primeros contactos con los clientes. Pero tenía enormes dificultades para mantenerlos.

Igual le sucedía en las relaciones afectivas y sociales. Había tenido muchos amantes y amigos, pero le costaba mucho intimar; tenía miedo de que le conocieran bien y le rechazaran. Al mismo tiempo era incapaz de mantenerse fiel a su pareja actual (que estaba enamorado de él y le era fiel) porque tenía que demostrarse que él era atractivo, encantador, el chico con más éxito de la fiesta, etc., que todo el mundo iba a fijarse en él y en su encanto (era muy seductor en la conversación, simpático, gastaba muchas bromas).

Según la pareja (que estaba deprimida por los problemas que tenía con él desde que se había enterado de que le era reiteradamente infiel y no practicaba un sexo seguro), era muy escandaloso y exagerado en su forma de vestir, provocador. Cuando discutían, él manipulaba a su pareja diciéndole que un día de estos iba a acabar con todo, amenazaba con suicidarse, lloraba, gritaba, y le decía que él tenía la culpa de todo, que no le quería, que si le quisiera le entendería, etc. La pareja señalaba que él tenía que ser siempre el centro de atención de todo.

Era también muy exagerado para los dolores y la pareja decía que era un hipocondríaco. Nuestro paciente reconocía que tenía algunos de estos problemas, pero también señalaba que su pareja era muy celoso y que eso él no lo soportaba. Sabía que algo sucedía con sus negocios pero no era consciente de lo que iba mal. En general, nunca pensaba en sí mismo "mirándose hacia dentro". Siempre estaba más preocupado por la imagen que daba a los demás.

• *Objetivos de la terapia y estrategias terapéuticas*

Los objetivos de la terapia se centraron, en primer lugar, en conseguir que la práctica del sexo fuera seguro y convencerle para que realizara la prueba del sida. El terapeuta tuvo que ayudarle para *evaluar las consecuencias negativas de su necesidad de aprobación,* ya que él sólo utilizaba preservativo si el otro estaba de acuerdo, era capaz de controlarse (con dificultades) si eso era lo que el otro deseaba y también era capaz de "dar rienda suelta a su imaginación" si ésa era la petición del otro. Nunca dirigía su actuación sexual. Se realizó un *contraste adaptativo* señalando con claridad cuál era el objetivo: no hacerse daño a sí mismo.

El paciente tenía serias dificultades para concretar objetivos en este sentido y había que *guiarle en las primeras sesiones para ayudarle a concretar,* ya que su estilo de pensamiento vago y global le impedía centrarse en la solución de los problemas, concretarlos, definirlos, etc. Al principio, el paciente era reacio a utilizar los métodos sistemáticos de la terapia cognitiva para especificar metas y lograrlas, pero el terapeuta, con mucha *paciencia, empatia y sentido de la colaboración y del humor,* fue consiguiendo poco a poco que el paciente aceptara esta forma de trabajar. La pareja fue informada de este tema para que reforzara los intentos adaptativos del paciente, ya que dicha pareja era una persona obsesiva, sistemática y rígida, estilo que chocaba de frente con el de nuestro paciente. Repetíamos con frecuencia cuál era el objetivo final: la atención para sí mismo, quererse, conocerse, depender de sí mismo, no sacrificarlo todo (hasta su propia vida) por la necesidad de aprobación.

Dentro de la *Terapia racional emotivo conductual de Ellis* se le discutían los motivos de esta necesidad, las consecuencias que obtenía de ella a corto, medio y a largo plazo, si podría cubrir esta necesidad siempre. Se le preguntaba por qué había convertido un medio (conseguir la atención de los demás para ser feliz) en un fin (ser aprobado por todo el mundo) olvidándose de que esto no le estaba haciendo más que infeliz. Se le ayudaba a *distinguir entre necesidad y deseo*, siguiendo a Ellis, *se le enseñaban y discutían las Ideas Irracionales* (especialmente la *idea irracional número 1* directamente relacionada con este

tema). En cuanto a sus conductas "escandalosas", se le hacía ver con la técnica del *descubrimiento guiado* cuál era el fundamento y las consecuencias a medio y a largo plazo de estos comportamientos. Se le preguntaba nuevamente por qué, qué iba buscando, qué conseguía al final, cómo se sentía ahora, etc. En el trabajo se le ayudó a que estableciera una *agenda de compromisos* con los clientes e intentara cumplirla, evaluando qué dificultades podían interferir en este cumplimiento (que le llamara otro cliente, que uno de ellos le presionara y le manipulara para que fuera a atenderle inmediatamente, etc.).

En este caso hubo que realizar un *entrenamiento en asertividad,* tanto en el sentido de *rechazar demandas* como de pedir cambio a sus clientes, con el fin de no dejarse manipular y *establecer compromisos viables,* negociando con éstos cuándo podían ser atendidos. Por otro lado, con el fin de disminuir sus conductas de enfado, las sesiones asertivas se centraban en el tema de *expresar sentimientos negativos* hacia los clientes que se enfadaran, resistiendo sus impulsos para responder con agresividad ante la agresividad de los otros. Planificar sus obligaciones de manera realista, no dejarse llevar por las demandas de inmediatez, ser fiel a sus propias metas, atender a las personas del café, a todas, no sólo a aquellas que eran reforzantes con él y le hacían caso, etc. eran otros objetivos básicos.

Con la pareja se trabajó mucho que pudiera elegir ser fiel o no, puesto que ahora él no dirigía su vida en este sentido, ya que estaba totalmente controlado por la necesidad de aprobación que "decidía por él". Le señalábamos que parecía que no le importaba estar dirigido por agradar a los demás, quizá porque nunca se había preguntado por qué lo hacía. *¿Había pensado alguna vez en sí mismo, dándose cuenta de que sí podía cuidar de él, de que era suficientemente listo, autónomo o hábil como para manejar situaciones conflictivas por sí mismo? ¿Cómo podía saber esto si nunca había mirado hacia dentro porque tenía miedo?* Era la hora de hacerse estas preguntas poco a poco e ir contestándoselas con la ayuda del terapeuta. La *actitud de colaboración,* de una gran *empatia,* sentido de la comprensión de los problemas del paciente y de su sufrimiento, de los riesgos que conllevaban algunos de sus comportamientos, de su derecho a ser feliz, con sentido del humor, *habilidades de desdramatización y apoyo incondicional,* fueron estrategias fundamentales del terapeuta para poder conseguir los objetivos, disminuyendo la probabilidad de que el paciente abandonara la terapia. El trabajo con los dos esquemas básicos de *necesidad de aprobación y* de *incapacidad para cuidar de sí mismo* resultó difícil pero de gran interés para el paciente y su mejoría. Cada vez que se discutía alguno de estos temas con *reestructuración cognitiva,* el paciente debía también ir haciendo *ejercicios conductuales* de los propuestos a nivel de organización de tareas, comportamientos asertivos, de *solución de problemas,* estableciendo metas como ya hemos señalado, etc. El terapeuta tuvo que ayudarle para que fuera conociéndose mejor a sí mismo, preguntándose realmente quién era él y cómo era y haciéndole ver que sus respuestas iban a ser gradualmente cada vez más claras y, sorprendentemente, más positivas de lo que él creía. Quizá en su frenética búsqueda de ser el centro de atención nunca se había preguntado por qué le querían o le atendían. En el fondo no había sido consciente de sus cosas positivas. Parecía "obnubilado" por la aprobación, pero se había dejado controlar tanto por ella que ni siquiera sabía qué hacía que le quisiera tanto su pareja (a pesar de los problemas) o su familia o sus amigos.

Los negocios empezaron poco a poco a ir mejor, aunque hubo un momento de crisis por unas deudas acumuladas, dejando el paciente de venir a consulta una semana para que el terapeuta no se enterara de lo sucedido y por miedo a que le desaprobara. Pero la pareja avisó al terapeuta de esta situación. Éste le llamó y consiguió que volviera y le contara qué había pasado y le ayudara a buscar una solución negociada con el banco (pidiendo un nuevo préstamo y renegociando las condiciones). Esta oportunidad también se aprovechó para que el paciente evaluara las consecuencias de su comportamiento de evitación de ir a terapia por miedo al rechazo del terapeuta. Se le hizo ver que su miedo no tenía fundamento en los hechos (el terapeuta no sólo no se había enfadado sino que estaba preocupado por él y por el motivo por el que no había acudido a la sesión) y sirvió como *prueba de realidad* (según señalaría Beck) en contra de sus miedos. Gradualmente se fue consiguiendo que utilizara el sexo seguro y que decidiera ser fiel o no a su pareja según la satisfacción de la relación con él y no según su necesidad de ser querido. Controlamos las conductas manipulativas utilizando la *técnica del cambio de roles,* donde el paciente asume el papel de terapeuta y discute las justificaciones que hace el terapeuta cuando asume el papel de paciente, ayudándose a sí mismo a discutir estos motivos y a ver las consecuencias negativas de estos comportamientos *(contraste adaptativo);* también se le planteaban *conductas asertivas* alternativas que se llevaban a cabo con *ensayos conductuales, retroalimentación,* grabándole en vídeo para que el propio paciente evaluara la eficacia diferencial de las conductas manipulativas contrastadas con las asertivas, *reforzándole* y provocando el *autorrefuerzo.* Esta estrategia daba mayor libertad al paciente, disminuía la dependencia del mismo de su terapeuta y le servía para distanciarse (utilizando el término de Beck) de su conducta, ayudándose a sí mismo a desarrollar la conciencia con respecto a las consecuencias desadaptativas de sus conductas manipulativas. ••

• *Resultados y seguimiento*

La terapia se desarrolló durante un año y medio. Se consiguió estabilizar el estado de ánimo y disminuir las conductas sexuales de riesgo. Mejoró la relación de pareja. Aún cuando también presentó una mejoría importante en la gestión de su negocio, al final tuvo que venderlo porque no iba bien. En ese momento, en una sesión de seguimiento, hubo que trabajar los sentimientos depresivos por haber tenido que abandonar el café. Pero se le animó a que buscara una solución a su problema laboral. Al final decidió entrar en una empresa. Utilizando la técnica de solución de problemas de Nezu y Nezu, se realizó un análisis de las consecuencias positivas y negativas de cada opción laboral. Concluyó que tener un sueldo fijo podía suponer una nueva experiencia. El terapeuta le ayudó a que valorara también que el control externo podía ayudarle mucho a mantener su autocontrol. Encontró un trabajo como informático y esto le motivó a controlar sus conductas exageradas, ya que allí requerían que diera una imagen social adecuada. Tuvimos que ayudarle a que se adaptara a las nuevas condiciones laborales, cómo vestirse, exigencia del jefe, relaciones con compañeros, cumplimiento del horario, etc.

En el segundo seguimiento seguía trabajando en la misma empresa y, aunque había tenido algún "escarceo amoroso" con otros, utilizaba el sexo seguro y continuaba con su pareja. Habían transcurrido dos años desde el término de la terapia.

17.4.4. *Un caso de trastorno de la personalidad por dependencia*

Laura es un ama de casa de 52 años, casada y con dos hijas adultas. Aparentemente nunca había tenido problemas antes, según informa ella en la primera sesión *(primera dificultad: no da información del problema)*. Viene obligada por su marido *(la baja motivación es característico),* ya que lleva varios meses con evidentes síntomas depresivos: pasividad, bajo estado de ánimo, culpa, tristeza, pensamientos de inutilidad y fracaso. Además de esto, ella verbaliza preocupaciones sobre los viajes frecuentes de su marido, que en los últimos meses han aumentado en frecuencia y duración. Relata haber sido una mujer centrada exclusivamente en su familia y que su objetivo principal había sido mantener a su familia unida y "cuidarla", para que estuvieran lo más cómodos posible en casa. Cuando nos interesamos por otras actividades que hubiera realizado en el pasado, que pudiera tener otros objetivos fuera de los familiares (amistades, cursos, trabajos, aficiones...), la paciente reconoce no haber tenido interés en nada de esto. Según ella: "yo soy así, para mí la familia es lo primero". Reconoce también haber empezado a encontrarse desanimada y triste cuando su hija mayor se fue de casa, hace ahora dos años.

En la entrevista con su marido, éste nos da información especialmente relevante, sobre todo cuando le pedimos que nos describa cómo ha sido su mujer en el pasado. "Ahora se encuentra especialmente triste, pero siempre ha sido muy activa en casa... Al principio le contaba los problemas económicos o de trabajo, pero se ponía muy nerviosa y abrumada y opté por dejar de contárselos. Siempre ha sido una persona muy insegura y con mucha dificultad para tomar iniciativas o hacer actividades por ella sola... Estoy cansado de ser yo siempre el que asuma las responsabilidades familiares. Siempre ha estado demasiado pendiente de mí y si antes me gustaba, ahora me asfixia. Nuestra relación ha sido, en general, poco conflictiva, ya que ella es bastante tolerante y comprensiva. Los enfados aparecían cuando se le metía en la cabeza que yo no la quería". *(La visión que suelen tener los familiares, y especialmente las parejas, en este tipo de trastornos nos es muy útil para valorar el rol que desempeña cada uno a lo largo de la relación. Parejas especialmente protectoras y directivas, con una visión del paciente como poco habilidoso y necesitado de ayuda, son el complemento perfecto para que el TPD "sobreviva" a lo largo del tiempo).*

Una mala relación terapéutica con este tipo de pacientes no suele ser el problema más frecuente. Sin embargo, tendremos que tener cuidado en no crear el mismo tipo de relación que la paciente tiene con su marido. Es decir, que el terapeuta guíe el proceso terapéutico y que el paciente asuma una actitud pasiva ante su problema. Ir delegando responsabilidades dentro de las sesiones, puede ser útil. Identificar y reconceptualizar las demandas del paciente ("No estoy completamente segura de qué hacer, ¿qué harías tú?") puede ayudar al paciente a ser más consciente de sus estrategias para solucionar los problemas ("Me da miedo equivocarme, si tú me das tu opinión estaré más tranquila").

Esta paciente funcionó muy bien mientras los objetivos que nos habíamos propuesto tenían para ella un claro beneficio en mejorar la relación con su marido y con sus hijas. Al principio trabajamos para mejorar su estado de ánimo ("para que mi marido no se harte de mí"), para estar más activa en casa ("para hacer mi hogar más cómodo") y para disminuir sus preocupaciones por los viajes y por sus hijas ("así le daré menos proble-

mas a mi familia"). Una vez trabajados estos objetivos, la paciente se encontraba mucho mejor de estado de ánimo y habían disminuido mucho sus niveles de ansiedad, por lo que no veía motivos para seguir en sesión. *(Éste es uno de los momentos críticos de los tratamientos de los TTPP, ya que supone para el terapeuta un reto el conseguir que la paciente continúe trabajando en terapia, cuando se dan varias circunstancias que van en contra de su avance: a) la paciente sintomáticamente se encuentra bien, b) los objetivos que le vamos a proponer (en definitiva, fomentar su autonomía) los puede conceptualizar como un distanciamiento de su persona de seguridad, y c) su pareja también ha aprendido a ser dependiente de ella y puede "boicotear" su autonomía. En estos momentos la calidad del enlace terapéutico va a ser una variable que va a influir en el mantenimiento de la terapia).*

Durante estas sesiones se cuidaron especialmente tres aspectos. Se reforzó sistemáticamente cualquier opinión, esfuerzo, cambio, divergencia con el terapeuta, capacidad o habilidad que expresara la paciente. Se facilitó que fuera asumiendo poco a poco mayor responsabilidad en la decisión de los objetivos a tratar en las sesiones. El terapeuta fue resaltando la forma en que ella había aprendido a resolver los problemas y cuáles eran las consecuencias a medio y largo plazo (véase la figura 17.3). Además el terapeuta, una vez consolidada la alianza terapéutica, intentó mostrarse como alguien imperfecto, que a veces dudaba y cometía errores, pero que los interpretaba de una forma adaptativa y, sobre todo, activa, de búsqueda de soluciones.

Saber exactamente por qué un paciente sigue trabajando en terapia, cuando se dan las circunstancias anteriormente señaladas, que van en contra de este esfuerzo, no es fácil de concretar. En este caso, en este momento de riesgo de abandono voluntario, trabajamos durante varias sesiones con el marido para que entendiera la amplitud del problema de su mujer (que él ya inmía), el papel funcional de su conducta en el mantenimiento de los problemas, sus dificultades o miedos ante su cambio ("si ella se ve más segura quizá se dé cuenta de que yo no valgo tanto y deje de quererme"), los beneficios a medio y largo plazo de su cambio y cómo reforzar sus esfuerzos. A la paciente se le explicó, lo más pedagógicamente posible, la hipótesis de origen y de mantenimiento de sus problemas de dependencia, cuidando de aclarar cualquier duda y asegurándonos que entendía cabalmente la explicación. Se le sugirieron alternativas de comportamiento y de pensamiento, reestructurando algunas ideas nucleares como la que se expresa a continuación:

> *Paciente:* Entiendo que quieras que haga otro tipo de cosas fuera de casa, como ese curso de pintura del que hablamos, pero ¿qué ocurre si no soy capaz de hacerlo?
> *Terapeuta:* ¿A qué te refieres con que no eres capaz de hacerlo?
> *P:* Pues que sea tan mala que no sea capaz ni de saber por dónde empezar.
> *T:* Es posible que si no sabes nada de pintura no sepas por dónde empezar.
> *P:* Pero eso me hará sentirme muy mal y pensaré que no valgo. No creo que esto fomente la seguridad en mí misma de la que hemos hablado. Hay que pensar en otra cosa.
> *T:* Si nunca has aprendido pintura, ¿por qué deberías saber por dónde tienes que empezar?

P: ¿Por qué crees que hacer cosas que no sé hacer, me va a ayudar a tener más confianza en mí misma? ¿No crees que es al revés?
T: No sé, piénsalo ¿tú que crees?
P: Lo cierto es que llevo toda la vida haciendo cosas que sí sé hacer y no tengo demasiada confianza en mí. Hacer cosas nuevas me puede ayudar, pero no tengo muy claro cómo hacerlo.

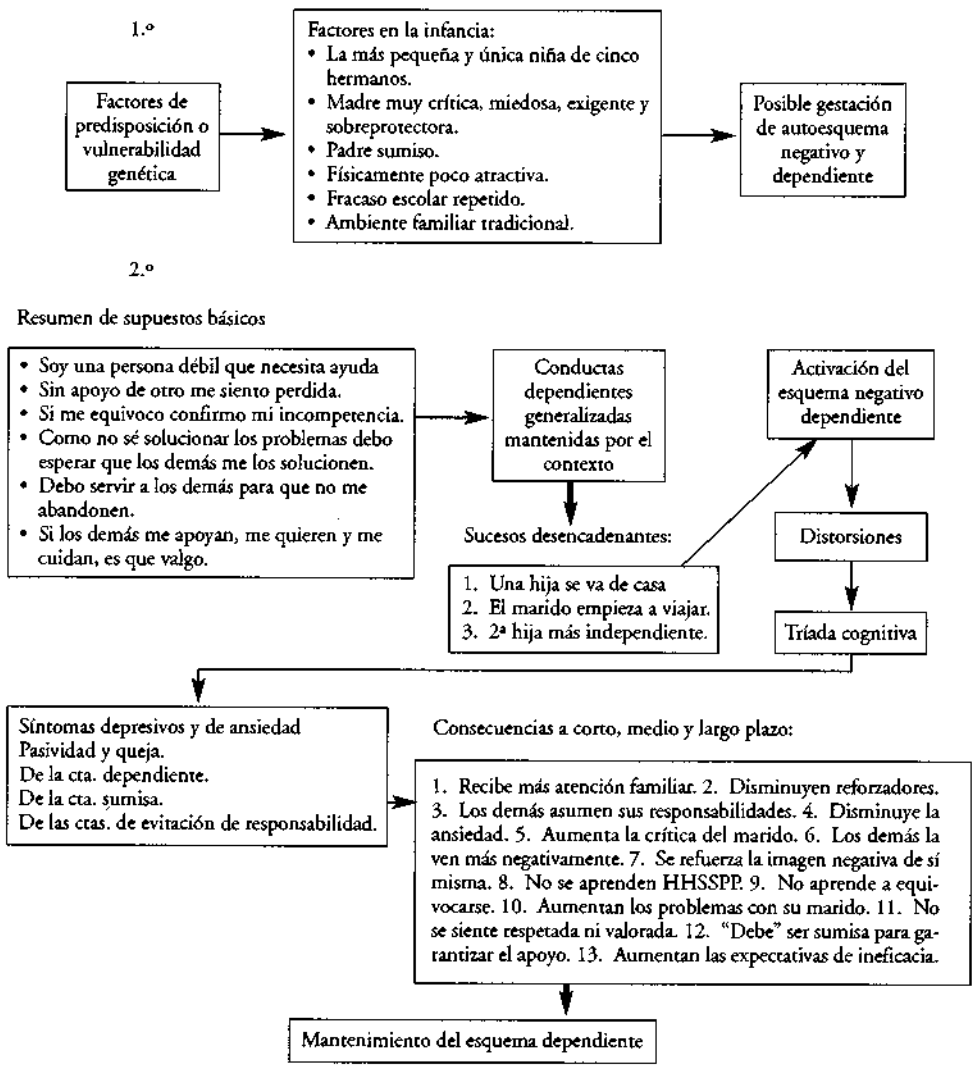


Figura 17.3. Hipótesis de origen y mantenimiento de un caso de TPD (esquema III).

Durante los meses siguientes se trabajaron diversos objetivos de los que cabe destacar: aumento de actividades en las que la paciente pusiera en marcha habilidades que ya tuviera o aprendiera otras nuevas (curso de pintura, aumento de actividades sociales, tareas de bancos, etc.), jerarquía de toma de decisiones cotidianas, entrenamiento de asertividad con su marido, hijas, madre y contexto social en general. Aprendizaje de habilidades de solución de problemas. Aprender a cazar las evitaciones sutiles que se daban en prácticamente todos los contextos y que se preguntara "¿qué puedo perder si lo intento?, ¿qué puedo ganar si me arriesgo a equivocarme?". Habilidades para enfrentarse tanto con el rechazo real de alguien como con las equivocaciones objetivas.

Los resultados de esta paciente fueron bastante positivos tanto al finalizar la terapia como en los seis meses de seguimiento. El estado de ánimo se mantenía estable, a pesar de los viajes y las salidas de su familia. Tras la realización de un curso de costura, colaboraba asiduamente con una tienda de modas, por lo que se sentía especialmente satisfecha consigo misma. Negoció con su marido el reparto de responsabilidades de una manera más equitativa. Y su marido constataba la puesta en marcha de conductas asertivas, tanto con él como con otras personas. Éste requirió un proceso de adaptación durante un tiempo para toda la familia, pero confirmaba los buenos resultados de estos cambios.

17.4.5. *Caso Q: Un trastorno límite de la personalidad*

Rebeca tiene 35 años de edad, es soltera, vive con sus padres y un hermano. Es licenciada y trabaja en un departamento de un Ministerio. Se describe a sí misma como con continuos cambios en el estado de ánimo: agitada, muy agresiva, tensa, enfadada o sin ganas de nada, sin energía, deprimida. Estos cambios se dan dentro de un mismo día o de un día para otro. Duda continuamente acerca de lo que debe hacer. Se encuentra muy mal consigo misma y se percibe como una carga para los demás. Viene a terapia porque se siente muy deprimida en este momento.

Se ve complicada, contradictoria, demasiado exigente con las personas que ama o aprecia; egoísta, caprichosa, muy ardiente o apasionada, con demasiado sentido de la responsabilidad. "Todavía no he aprendido a vivir sin hilos que me sostengan ni a encontrar mi sitio en esta vida", expresa en la entrevista inicial. Tiene pocos amigos, aunque los considera buenos. Su hermano creó muchos problemas a la familia por su inclinación a la droga y al alcohol. Pero las relaciones con él son buenas, aunque en la actualidad algo distantes. Percibe a su padre como buena persona, egoísta, sumiso respecto a su madre, dependiente, simple y nunca le expresó cariño. A su madre la ve inteligente, enferma mental, culta, muy exigente, protectora, muy autoritaria, con agresiones mutuas continuas, de costumbres y valores muy rígidos. A veces la siente como "ideal" y otras como "opresora", "Somos como el perro del hortelano. Contigo pero sin ti. Juntos nos destruimos y separados nos necesitamos", comenta en un momento dado de las primeras sesiones. El ambiente familiar lo percibía como agobiante, tenso, sin naturalidad ni libertad. Las peleas en el matrimonio eran continuas. Cuando vie-

ne a consulta relata que ha tenido "una" con su madre. La ha visto descontrolada y le ha dicho cosas tales como: "¿Qué hago yo aquí?", "¡hija de puta!", "¡eres la causa de todos mis males!", "¡me voy a matar!" ("¡no te aguanto más!", "¡la gilipollas, anormal, mierda...!").

A continuación, y dirigiéndose al terapeuta dijo: "¿imaginas qué te parecería ver a mi madre con un cuchillo en la garganta?", "pues así la veo yo". Treinta minutos más tarde, al finalizar la sesión, la paciente lo señalaba espontáneamente: "mi único deseo es que mi madre esté bien", "necesito a mi mamá".

En dos ocasiones se "ha atrevido" a irse de casa a vivir con un hombre, pero han resultado fracasos y ha vuelto. No logra establecer relaciones estables con los hombres. Además, le gustan también las mujeres. De hecho se siente enamorada de una compañera del trabajo.

Previamente ha estado en terapia psicoanalítica varios años y con otro psicólogo de otra orientación varios meses. Pero no valora muy positivamente los resultados que obtuvo. Ante los grupos se siente muy tensa y los evita. Presenta anemia férrica crónica, desde siempre y en su familia se da mucho. Toma glucosa cada 2/3 horas. A veces dice que se "queda en blanco" y sólo durmiendo se recupera totalmente. También presenta osteoporosis desde siempre.

La madre, en sesión sólo con ella, percibe a su hija del siguiente modo: "Es impulsiva, ella misma lo reconoce, tiene muchas personalidades, cambia de un día a otro, como su padre, su tío y su abuelo paterno. Es muy dura y egoísta. Estuvo tres meses sin ir a verme al hospital, cuando fui operada de cáncer. Olvida todo lo malo que hace. He aprendido a vivir sin el cariño de ellos". "Mi hija no puede vivir con alguien porque se bloquea; no razona en esos momentos y puede hacer o decir barbaridades; el problema surge cuando hay intimidad, relación; entonces critica todo lo que hace el otro. No hay quien la soporte, ayer le pregunté cómo estaba y rompió varias cosas de su habitación y salió por la casa tirándolo todo al suelo y contra las paredes... No soporta las críticas ni de mí ni de nadie".

Tras las evaluaciones oportunas, pudimos apreciar que la paciente cumplía 8 de los 9 criterios para el trastorno límite de la personalidad, con comorbilidad histriónica, narcisista y paranoide importantes, presentando además un cuadro depresivo y ansiógeno (un perfil típico del Trastorno de Pánico) intenso, con fuerte desesperanza en el momento de llegar a terapia. El sentimiento de vacío y la falta de confianza en ella para superar sus problemas eran tan agudos que aconsejaron iniciar la terapia con dos sesiones semanales y contacto telefónico frecuente. La madre fue invitada a participar en terapia, tanto en sesiones individuales como compartidas con su hija a partir de la quinta sesión. La madre fue mostrando a lo largo de las entrevistas una personalidad paranoide, que facilitaba la interpretación automática de muchas expresiones de su hija como motivos de agresión, de querer hacerle daño. Madre e hija se creen odiadas, respectivamente, la una por la otra.

Ése es el tema que se repite en los análisis funcionales de la paciente una y otra vez. El 90% de los registros hacen referencia a interacciones negativas con su madre. La mutua agresión es el tema central.

- *Objetivos iniciales propuestos por la paciente:*

1. Salir de casa. Vivir de modo autónomo.
2. Perseguir nuevas metas. "Me gustaría hacer algo productivo", "me veo muy cobarde".
3. "No me he enamorado de las personas que me han querido y al revés". Con las mujeres le resulta más fácil enamorarse y sentirse enamorada, aunque el placer sexual con unas y con los otros sea muy diferente.

- *Objetivos iniciales complementarios propuestos por el terapeuta:*

Al margen de las prioridades en el abordaje de cada uno de los objetivos, le propusimos los siguientes:

1. Mejorar su *competencia para el alejamiento de su madre* y su casa. Su horror al abandono, rechazo o pérdida de protección y la agresividad asociada al sentimiento de rechazo por parte de su madre especialmente. (Este objetivo era congruente con el n.° 1 de ella.)
2. Hacer más estables y menos frustrantes sus relaciones afectivas. Redefinir una opción sexual o asumir los costes de mantener la bisexualidad.
3. *Trabajar la autoimagen.* La inestabilidad permanente tiene mucho que ver con esa imagen de perdedora, a la vez que de agresiva, con que se ve a sí misma. Reestructurar las galaxias semánticas y conductuales asociada a la autoimagen negativa.
4. Modificar *su estilo metafórico* y alambicado de comunicación y autocomunicación (muy literario, florido, exquisito) por otro más descriptivo y comprometido con los hechos. Trabajamos así un comportamiento histriónico que, entre otros inconvenientes, impide definir con precisión los problemas y, por tanto, dificulta su solución.
5. Mejorar su *impulsividad,* especialmente en la comida (a veces se daba fuertes atracones), en las relaciones sexuales incontroladas y en las expresiones de suicidio.
6. Mejorar la *disforia,* el estado de ánimo, típico de estos pacientes. El estrés interpersonal (con la madre y el padre —al que despreciaba con mucha frecuencia— y con cualquier persona con la que generase cualquier lazo afectivo o sexual) daba lugar a continuos cambios en los niveles de ansiedad, irritabilidad, agresividad o sentimientos de vacío y desvalimiento.
7. Mejorar sus *niveles de ansiedad* y sus habilidades para manejar la ira y las relaciones interpersonales conflictivas (comunicación, expresión de sentimientos de forma adecuada, etc.).
8. Facilitar objetivos de *realización personal mis* estables (trabajo, aficiones, amigos, etcétera) y, muy especialmente, la pareja.

A través de los relatos de las sesiones, los registros, la autobiografía (que trajo en la sesión n.° 18) y la descripción de los problemas presentes y los que cree que tendría en

el futuro, tratamos lo antes posible de hacer mapas cognitivo-conductuales que presentaban tentativamente una explicación del mantenimiento y origen de sus principales problemas. El énfasis se colocó siempre en el papel de los mecanismos de aprendizaje implicados en el *mantenimiento* de sus conflictos, haciendo hincapié en que, sin su cambio, podríamos convertir el futuro en una permanente fotocopia del presente. Invitamos a la paciente, cuando acabamos los esquemas en los que ella participó muy activamente, a que los colocase o situase en un lugar visible durante mucho tiempo (uno o dos años); en su habitación, por ejemplo. Conforme fuera cambiando iríamos confeccionando los mapas adaptativos, que debía llevar siempre encima y actualizándolos de continuo. La aceptación del modelo explicativo y las líneas de cambio (objetivos, procedimientos, etc.)

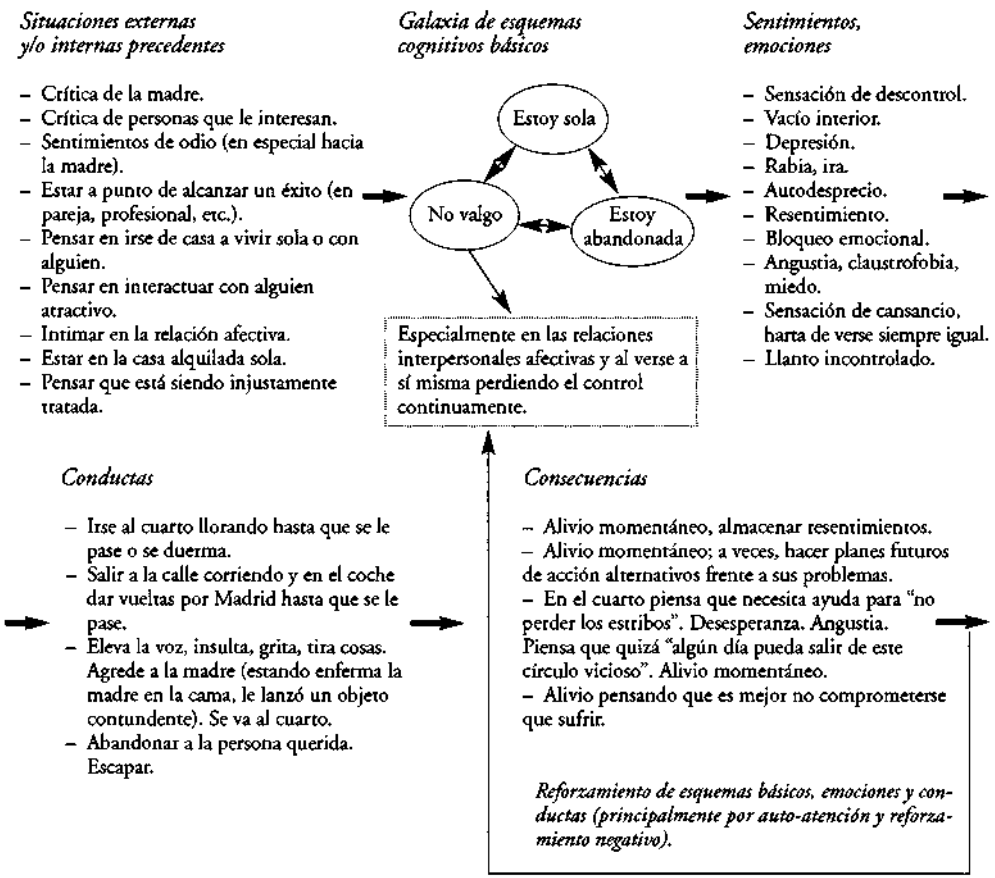


Figura 17.4. Análisis funcional global y mecanismos de mantenimiento del TLP (esquema IV).

que de él se derivaban constituyó un potentísimo mecanismo motivacional de afrontamiento que optimizó las fases iniciales de la terapia. Esto hizo que la paciente se convirtiera en un agente activo de cambio al saber en cada momento hacia dónde tenía que caminar, a la vez que podía visualizar las líneas de progreso.

- *Conjunto de esquemas básicos:*

1. "No puedo controlar mis problemas y por tanto siempre seré igual."
2. "Controlar significa no tener pensamientos negativos (de amenaza, de abandono)."
3. "Ellos (sus padres) son los culpables de mis problemas."
4. ''Estoy sola en la vida. No tengo pareja. Eso significa que no valgo para otra cosa."
5. "No soporto que falle la imagen de más cualidades que defectos que he creado ante los demás."
6. "Cuando los demás me conozcan de verdad, no me aguantarán, soy un muermo', 'un rollo'..., no valgo."
7. "Necesito a mi mamá."
8. "Si yo me doy, tengo que recibir."
9. "Tengo que evitar para no tener dolor, desengaños."
10. "Para mí, abandono es igual a soledad."

• *Secuencia terapéutica y contenidos principales tratados*

- Duración de la terapia: 2 años y 2 meses.
- *Sesiones 1.ª a 5.ª:*

Contenidos principales:

- Expresión de sus problemas.
- Creación de la mejor relación terapéutica posible.
- — Definición provisional de objetivos.
- — Socialización en la terapia cognitivo-conductual.
- En la 3.ª sesión elaboramos hipótesis de origen y mantenimiento de su problema (modelo provisional). Hicimos especial hincapié en los factores de mantenimiento (véase figura 17.4).
- — Una estrategia terapéutica que mantuvimos en estas sesiones y que continuamos en el resto con frecuencia fue la de empatizar una y otra vez con las emociones expresadas o que creíamos percibir dentro de la paciente. Tratábamos de desarrollar en ella más autoatención hacia sus emociones. Nuestra hipótesis era que eso le permitía modularlas después de mejor modo, al conocerlas mejor y apreciar su función y, así, alterar su carácter automático. También le entrenábamos dentro de la sesión (y le pedíamos que lo hiciera fuera del Centro) a percibir las señales premonitorias de sus pérdidas de control. Ensayo cognitivo y entrenamiento en alternativas y coste de respuesta.

— Insistencia en la relación pensamiento-emoción-pensamiento... así como en la de conducta-consecuencias.
— Planificación de actividades. Lectura de folleto de Beck sobre la depresión y de Ellis sobre ideas irracionales.
— Evaluación: Cuestionarios DAS, BDI, ED, STAI, LCC. En todos ellos múltiples dimensiones negativas. No había actualmente ideación reiterada, planificación ni intentos suicidas.
— Desde la 3.ª sesión, siempre mantuvimos encima de la mesa, y de modo visible para ella, el mapa cognitivo de mantenimiento de sus problemas.

• *Sesiones 6.ª, 8.ª, 10.ª:*

Contenidos principales: tratar con la madre. Sesiones con ella sola.

— Reconceptualización de los problemas actuales de la madre con la hija en términos de aprendizaje.
— Que la hija pague sus sesiones.
— Historia de la paciente desde la óptica de la madre.
— Objetivos para trabajar en casa con su hija: entrenamiento en extinción, refuerzo y dedicar un tiempo, fijado de antemano, cada día, a hablar de problemas con ella. Inicialmente definimos 3 objetivos: hablar sólo 5 minutos al día, tratar de definir consensuadamente un problema menor y hacerlo del modo más empático posible. Parafrasear. Reforzarse mutuamente por el hecho de intentarlo, al margen de cómo salga el intento.
— Representación de papeles con la madre y la técnica de la "silla vacía" entre madre e hija. Tratábamos de que la madre reetiquetara, reconceptualizara y empanzara de modo más eficaz con las conductas de la paciente.
— Trabajamos el estilo de inculpación al marido y a su hija y también de su profundo malestar y depresión. •

• *Sesiones 7.ª, 9.ª y 11.ª:*

Contenidos principales: empatizar la paciente con su madre y entrenamiento en discriminación de emociones negativas. Técnica de la "silla vacía".

— Buscar la relación continuamente entre las emociones negativas de ella y de su madre y los esquemas disfuncionales básicos (en ella y su madre).
  — ¿De qué otro modo puede *sentir* esto? Reestructuración emocional.
— Cazar distorsiones cognitivas e ideas irracionales en los ensayos.
— Gracias a la buena relación terapéutica existente, empezamos a utilizar la provocación emocional *("te gusta hacerte la exquisita"; "provocas para llamar la atención porque no sabes hacerlo de modo más inteligente... ''etc.).* La utilizamos como un escenario para valorar los aspectos emocionales y cognitivos de las respuestas de ella. Estas sesiones fueron extremadamente útiles. También le invitamos a que nos provocara siempre que quisiera. Nos dio numerosas oportunidades para ofrecerla opciones de respuesta (interpretación, emoción y conducta). A veces hicimos esto en ambientes naturales (bares, restaurantes, etc.), ante grupos sociales.

• *Sesiones 12.ª y 13.ª:*

Contenidos principales: tratar el estilo metafórico de expresión, práctica intensiva de RCCS sobre contenidos de sus registros actuales.

— Mejora notable de la relación con su madre.
— El lenguaje metafórico permite escapar o evitar los pensamientos automáticos negativos, aleja un mayor compromiso con la realidad (y lo que ello implica de amenazante, etc.) y tiende, por tanto, a facilitar el mantenimiento del conflicto. Que "cace" su diálogo interno metafórico y lo reetiquete todos los días al menos una vez.

• *Sesiones 14.ª a 17.ª:*

Contenidos principales: "Me angustian los períodos de cambio" (llegaba fin de curso y venía el verano).

— Trabajar la interacción con grupos.
— Habilidades de iniciación y mantenimiento de conversaciones con grupos de desconocidos.
— RCCS de ideas implicadas.
— Trabajo "en vivo" en la calle y salas de exposiciones.
— Programar las vacaciones de verano.
— Sesión conjunta madre-hija antes de irse de vacaciones.
— Trabajamos la angustia asociada a la idea de enamorarse y vincularse a un hombre.

• *Sesiones 18.ª a 22.ª:*

Contenidos principales: le gusta un extranjero. Ha tenido relaciones con él este verano y le ve con frecuencia. Trajo su breve autobiografía. De pequeña se veía muy autocentrada y dependiente de su madre especialmente. No sabe si seguir con este hombre. Valoramos sus miedos a irse a vivir sola. Le gusta otro chico. Decide dejar a la persona que ha conocido.

— RCCS de las ideas ligadas al mantenimiento de la estabilidad en las relaciones afectivas interpersonales.
— Confección de su perfil ideal de pareja (de hombre y de mujer).

• *Sesiones 23.ª y 24.ª:*

Contenidos principales: Volvemos al tema de la madre. "Silla vacía". Llanto frecuente durante los ensayos. Empieza a expresar de modo mucho más adecuado sentimientos y emociones positivas de manera genuina en relación a su madre y en relación a sí misma.

Sesión con las dos centrándonos en los episodios problemáticos de los últimos días. Repaso de todo lo que les ha funcionado. La paciente expresa al finalizar la segunda sesión que le "ha servido tanto que no va a necesitar por un mes la terapia". Se confirma nuestra hipótesis de que la implicación emocional intensa es esencial para que el paciente experimente una auténtica reestructuración cognitiva. La transferencia de credibilidad hacia las ideas procede muy especialmente de las fuertes vivencias de las emociones (creencias de orden *cero* en la teoría defendida por el terapeuta en otro lugar [Bas, 1981, 1997, 1998]).

• *Sesiones 25.ª a 28.ª:*

Contenidos principales: más contactos sociales. Masturbación e imágenes del extranjero que le había gustado. "Enamorarse y vivir con alguien es incompatible con vivir con mi madre", "cuando los demás me conozcan no me aguantarán", etc. Buscar anuncios de pisos de alquiler. Analizar opciones y dificultades.

• *Sesiones 29.ª a 33.ª:*

Contenidos principales: Trabajar los sentimientos de culpa de la madre, que al final empiezan a aflorar espontáneamente. Tema: hombres frente a mujeres. Prefiere al final a los hombres: más pasión y los admira más. Pero estar con mujeres le permite evitar la frustración con los hombres (ya ha tenido tres importantes) y, además, le resultan más fáciles y son "más tiernas".

• *Sesiones 34.ª a 36.ª:*

Contenidos principales: empezamos a trabajar los episodios conflictivos del pasado (especialmente con su madre) y seguimos con las relaciones actuales con ella. Continuamos el tema de la pareja y dé buscar piso.

Los episodios conflictivos recordados los jerarquizamos en función de la implicación emocional percibida en ellos, en ensayo imaginario y agrupándolos según el esquema básico que le correspondiese (soledad, no valía, abandono, especialmente). Los trabajamos el resto de la terapia, buscando tiempo en todas las sesiones, en imágenes y combinando RCCS con implicación afectiva y emocional, especialmente cuando utilizaba los pensamientos automáticos funcionales. De este modo, manteníamos de manera focalizada un trabajo sistemático sobre los esquemas disfuncionales básicos. También hicimos mucho hincapié en la discriminación sistemática de las 3 igualdades: ¿Cómo podemos distinguir "soledad" de "abandono"?, ¿ y "no valía" de "soledad"?, etc. Esforzarse en describir límites conceptuales, diferenciales, para cada término en el ámbito de la experiencia común y su propio pasado en distintos contextos. Buscar todos los ejemplos posibles en ella misma y en los demás.

• *Sesiones 37.ª a 39.ª:*

Contenidos principales: encuentra un apartamento y se va de casa. "Necesito a mi mamá". RCCS. Opciones en el aquí y ahora. Experimenta a la semana un ataque de pánico. Lo correlaciona con el inicio del período y la pérdida de sangre. Explicamos nuestro modelo del trastorno de pánico que es congruente con la pérdida de hierro en sangre. Organización en el apartamento. Amigos. Se apunta en algunos cursillos. ••

• *Sesión 40.ª:*

Contenidos principales: Pasamos a sesiones quincenales. Necesitaba dinero y, además, se encontraba mucho mejor. "No me lo creo", decía al percibir que vivía sola y se encontraba a gusto.

• *Sesiones 41.ª a 43.ª:*

Contenidos principales: Trabajar las 10 ideas básicas. Muy especialmente la ecuación, abandono" igual a "soledad". Empieza a enamorarse y a expresarlo de un modo muy explícito con una compañera de trabajo.

• *Sesiones 44.ª a 46.ª:*

Contenidos principales: le dan "calabazas", pero se obstina en que no la quiere olvidar. Abanico muy amplio de actividades deseables (clases de inglés, cine, museos, amigos). Miedo a caer / volver a casa para que "la cojan". En las cuatro últimas semanas sólo ha visto a su madre 3 veces. Muy bien con ella, pero interpreta sus palabras como que desea que vuelva a casa. Reestructuración cognitiva. Dedicamos mucho tiempo al análisis y reestructuración del mantenimiento de expectativas no realistas en las relaciones afectivas. *¿A quién o a qué sirve la idea de mantenerte queriendo a alguien que te ha dado reiteradas calabazas?.*

Empieza a deprimirse. No soporta la negativa de su compañera: "Si yo me doy, tengo que recibir". RCCS. "Las rupturas son prueba de que no valgo", "tengo que evitar para no sufrir mas desengaños', etc. RCCS. Sueña reiteradamente que es una niña que no tiene que decidir, que lo tenía todo seguro con su padre, madre y hermano. Al despertar siente sequedad", "¡ay!, ¡estoy aquí!", "frustración por vivir".

• *Sesiones 47.ª a 52.ª:*

Contenidos principales: La madre algo deprimida. Búsqueda de piso para comprar. En la sesión 50 nos informa de que se ha comprado un piso. Sus padres le han ayudado económicamente. Seguimos trabajando algún altercado fortuito entre madre e hija. Dependencia y agresividad mutuas. En la sesión 52 se describe a sí misma de la siguiente manera: "Soy una persona bastante normal, adaptada, con cualidades y ciertos problemas. Con vida satisfactoria, con metas a largo y corto plazo. Con problemas, como todo el mundo tiene, que espero que se resuelvan. Estoy segura de que mi vida será más plácida,,.".

Trabajamos problemas de interacción con amigos y qué quería hacer en los próximos 5 años.

• *Sesión 53.ª:*

Contenidos principales: ha vuelto a su casa materna. "Me pongo mala estando sola en la nueva casa", "es fría". Está constipada y le duele mucho el estómago. Llegan sus padres a ayudarla y se pone a llorar diciendo que tiene que volver. Dice que la gente la dejo sola cuando la necesitaba. Quiere hacer cambios en su casa para poder vivir en ella. No le gusta por dentro.

• *Sesiones 54.ª a 56.ª:*

Contenidos principales: Está en casa de sus padres un mes y medio. Bien con ellos. Algo deprimida. Planea trece objetivos de cara a un futuro próximo. En la sesión 56 dice estar de nuevo en casa sola. Muy bien en ella y con su madre y amigos. Trabajó mucho la depresión.

• *Sesiones 57.ª a 58.ª:*

Contenidos principales: En la última sesión hacía tres meses y medio que vivía sola. Ve muy poco a su madre. No se encuentra deprimida ni especialmente angustiada. Tie-

ne muchos amigos y actividades. Su trabajo es estable. Escribe una novela. Se expone con frecuencia a miedos que siempre había tenido (celulitis en el cuerpo, piscinas, etc.). Trabaja la RCCS tanto mentalmente como por escrito y señala que le es muy útil. Le siguen gustando hombres y mujeres y en ese sentido se sigue sintiendo algo sola. Pudimos comprobar a través de una amiga que efectivamente llevaba varios meses viviendo sola.

• *Seguimientos:*

A los seis meses, al año, a los dos años y medio y a los tres años mantuvimos con ella alguna sesión de mantenimiento. Seguía viviendo sola y estaba profundamente enamorada de una mujer con la que tenía relaciones sexuales y afectivas estables. Era fiel a ella y decía no haberse enamorado de hombres en los dos últimos años. Nos insistía en que la terapia la había ayudado mucho a mejorar sus problemas. Las relaciones con su madre eran distantes pero positivas. En todo este tiempo no había acudido a ningún psicólogo ni tomado fármacos. Decía que se acordaba mucho de nosotros cuando cuestionábamos sus ideas...

Mantenía activas las rutinas de la RCCS, trayéndonos en la última entrevista varios blocs que había ido rellenando con sus trabajos. Su sensibilidad a la crítica le generaba, a veces, breves períodos con sentimientos depresivos que trataba de trabajar lo antes posible. Consideraba que la mayor parte de los objetivos propuestos se habían ido consiguiendo a lo largo del tiempo.

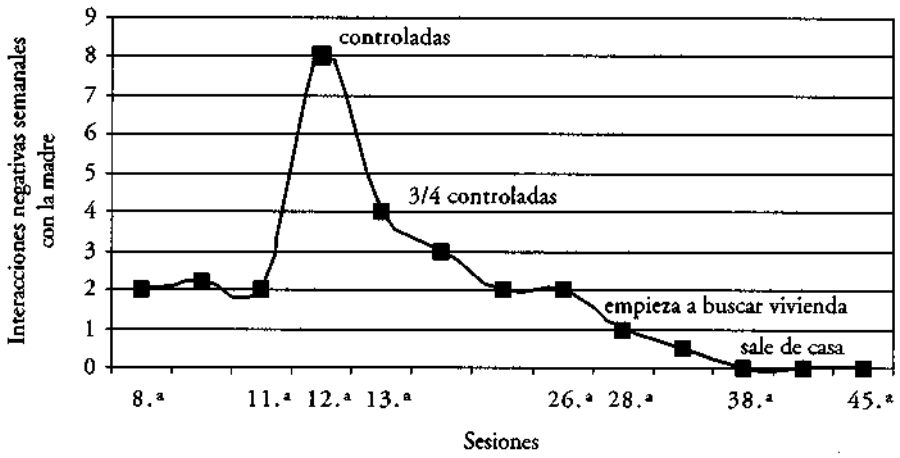
• *A nuestro juicio, lo que ayudó más al proceso de cambio fue:*

— La exposición mental permanente a la idea de irse de casa.
— El trabajo sistemático y focalizado en los esquemas disfuncionales cognitivos básicos. RCCS. Control de estímulos (situar el esquema de mantenimiento de sus problemas permanentemente accesible en casa y visible en sesión).
— Hincapié permanente en la reestructuración emocional (una misma creencia se puede *sentir* de muchas maneras, dependiendo del nivel de creencia que se le confiera).
— Entrenamiento en comunicación con la gente y especialmente con la madre.
— Entrenamiento en empatia (primordialmente con la madre) de manera generalizada. La impulsividad disminuyó mucho.
— La "reestructuración de la historia" facilitó claramente el trabajo del presente. El pasado (que se expresa como un fenómeno mental siempre *en el presenté)* puede llegar a pensarse y sentirse de muchas maneras.
— La relación terapéutica se mantuvo óptima en todo momento.
— La corrección permanente de su estilo narrativo abstracto y metafórico, que denotaba procesos metacognitivos disfuncionales a la hora de describir la realidad. ••

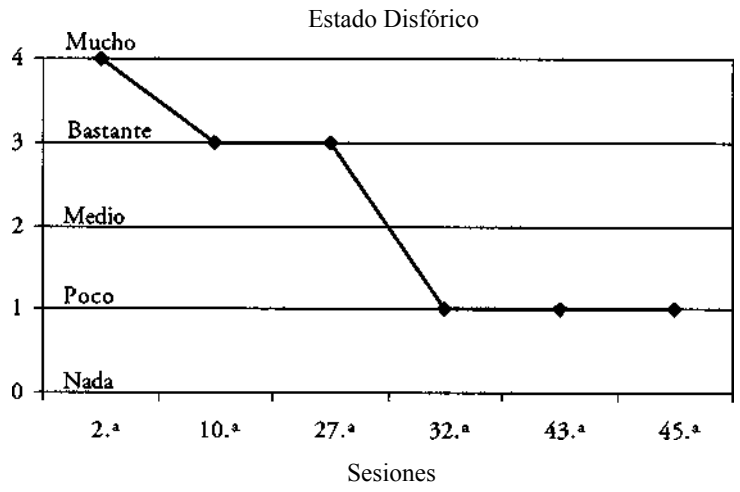
• *Evolución de las variables dependientes:*

Las diez gráficas que aparecen a continuación ilustran la evolución de otras tantas dimensiones significativas que se utilizaron para seguir a la paciente. Los valores se obtuvieron de manera aleatoria, siempre en el inicio de cada sesión y, por tanto, constituyen, en cada caso, subconjuntos significativos de datos que señalaban tendencias en cada variable. En general, esas tendencias iban en la dirección de los objetivos marcados y justificaban el mantenimiento de las estrategias terapéuticas elegidas.

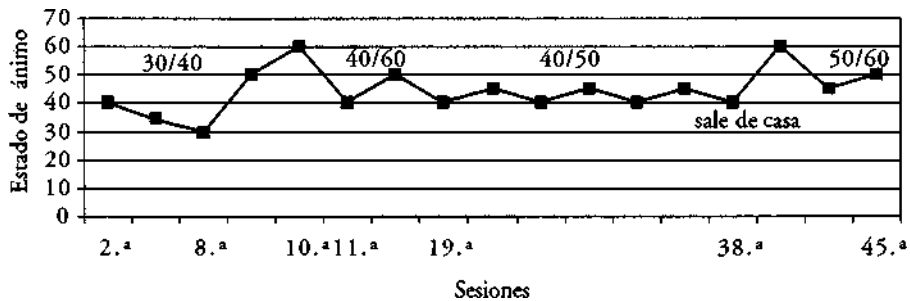
Gráfica I.



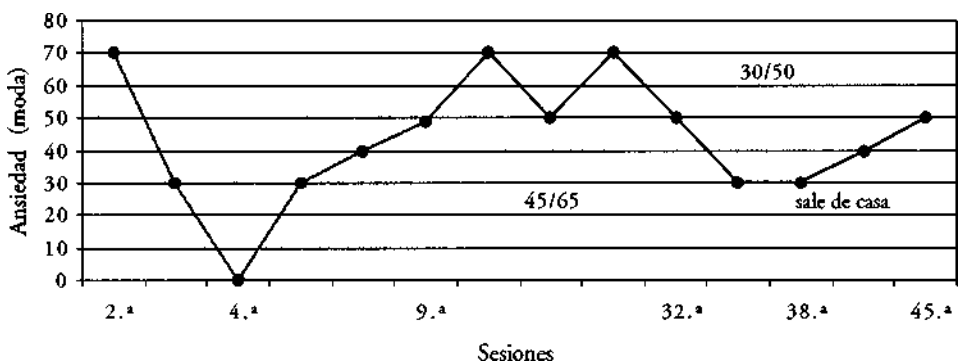
Gráfica II.



Gráfica III.

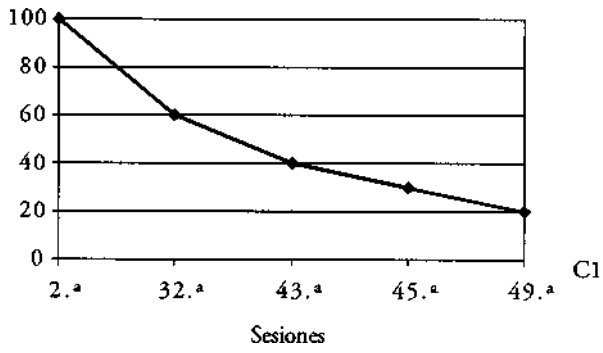


Gráfica IV.



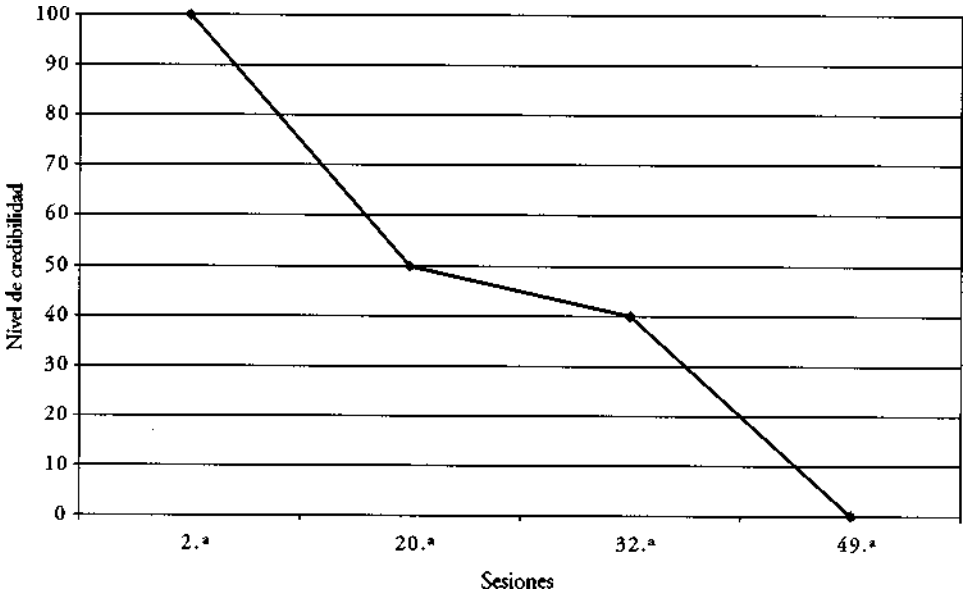
Gráfica V.

"No puedo controlar mis problemas y por tanto siempre seré igual"
(Idea n.° 1).

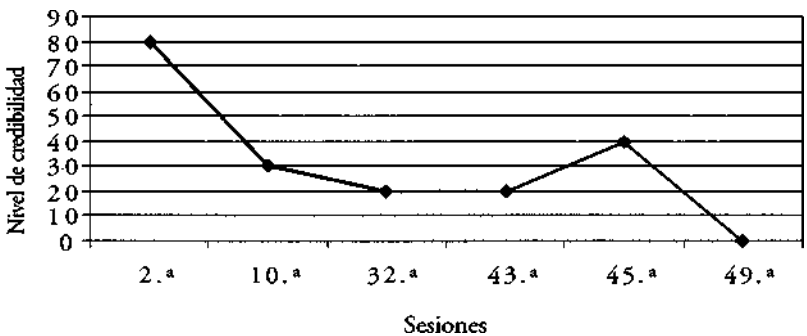


Gráfica VI.

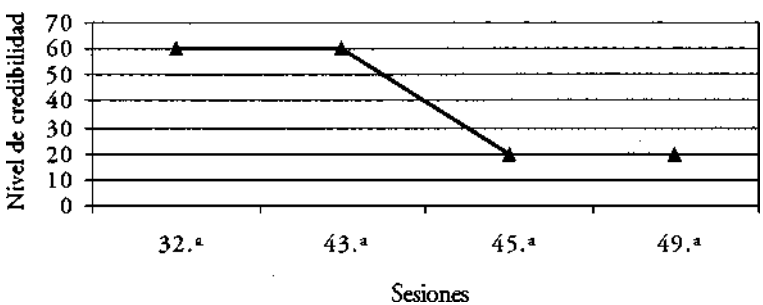
"Ellos, mis padres, son los culpables de mis problemas "
(Idea n.º 3).



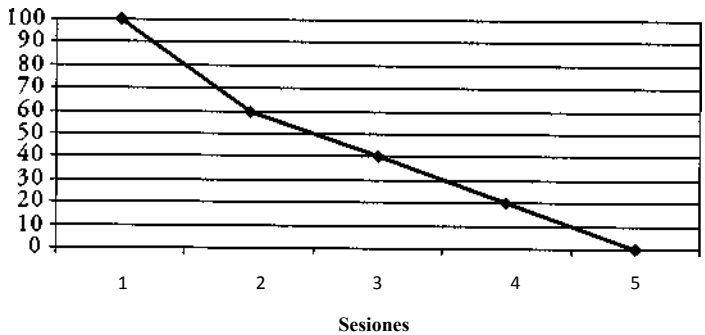
Gráfica VII.
"Estoy sola en la vida. No tengo pareja.
Esto significa que no valgo para otra cosa"
(Idea n.° 4).



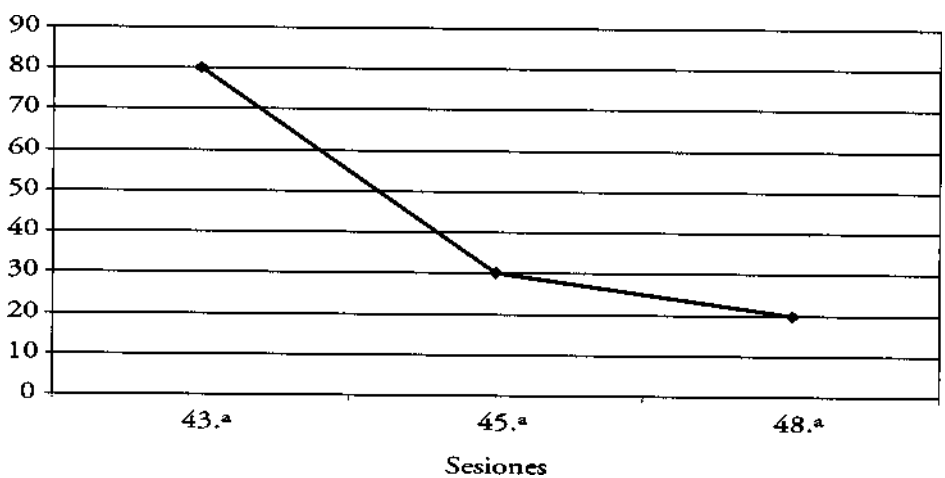
Gráfica VIII.
"No soporto que falle la imagen de más cualidades que defectos
que he creado ante los demás"
(Idea n.° 5).



Gráfica IX.
"Cuando los demás me conozcan de verdad, no me aguantarán, soy un muermo, un rollo... no valgo"
(Idea n.° 6).



Gráfica X.
"Para mí, abandono es igual a soledad"
(Idea n.° 10).



18

El tratamiento de diferentes trastornos de la personalidad por medio de la terapia de valoración cognitiva

Richard L. Wessler
Pace University, Nueva York (Estados Unidos)

18.1. Introducción

El tratamiento de los trastornos de la personalidad ha ido ganando una sólida aceptación durante las dos últimas décadas. Hasta hace poco, el tratamiento de los síntomas o de los comportamientos nucleares de problemas clínicos tales como la ansiedad o la depresión constituía el principal centro de atención de las terapias conductuales y cognitivas. Cuando éstas comenzaron, no se podían encontrar en ellas conceptos como personalidad o diagnóstico de la personalidad. Thorpe y Olson (1997) observaron que "hasta hace poco, los terapeutas de conducta han puesto en duda la misma existencia de rasgos o características generales, duraderas, de la personalidad" (p. 232). Los terapeutas cognitivos, aunque no necesariamente han cuestionado la existencia de los rasgos de la personalidad, le han prestado ahora una mayor atención (Pretzer y Beck, 1996).

Son varias las razones de este cambio. En primer lugar, algunos pacientes no consiguen o no mantienen ganancias terapéuticas y se han postulado a las variables de personalidad como un factor causal o contribuyente. En segundo lugar, los fármacos se convirtieron, progresivamente, en el tratamiento de elección para la ansiedad y la depresión, debido a su conveniencia y relativamente bajo coste. Los psicólogos clínicos tenían que buscar en otras partes para encontrar oportunidades de contribuir a la mejora del paciente. Los trastornos de la personalidad son una alternativa obvia.

En tercer lugar, el estudio de la personalidad, que ha estado dominado por teóricos, clínicos e investigadores psicodinámicos, recurrió a formas menos abstractas de

Capítulo traducido por V. E. Caballo.

conceptualizar la personalidad y sus trastornos. El principal defensor de una perspectiva del aprendizaje social de la personalidad es Millón (Millón y Davis, 1996), quien describió los patrones cognitivos, emocionales, interpersonales y otros para cada trastorno de la personalidad. Estos patrones describen objetivos cognitivos, afectivos y conductuales bastante específicos para la intervención, en vez de intentar tratar con la personalidad como un todo o con vagos constructos teóricos como el carácter oral o anal.

Aunque este capítulo habla del tratamiento de determinados trastornos de la personalidad, en realidad tiene que ver con intentos de modificar ciertos rasgos de la personalidad o patrones duraderos de cognición, afecto y comportamiento interpersonal. Cada individuo tiene rasgos distintivos que son menos adaptativos de lo que podrían ser. En este sentido, cada paciente (y persona) tiene un "trastorno" de la personalidad.

18.2. Prevalencia

Los pacientes diagnosticados con trastornos de la personalidad constituyen un porcentaje importante de las personas tratadas por los profesionales de la salud mental (Brooks *et al.,* 1995; Maier *et al.,* 1992; Nedstadt *et al.,* 1992; Oldham *et al.,* 1995). En los ensayos de campo con el DSM-II, los trastornos de la personalidad se diagnosticaban en el 50% o más de los casos clínicos (Spitzer y Forman, 1979) y en el estudio del NIMH, el 74% de la muestra satisfacía los criterios de algún trastorno de la personalidad (Shea *et al.,* 1990).

Los estudios que abordan el impacto de los trastornos de la personalidad sobre el tratamiento de los síndromes clínicos muestran, de forma consistente, unos pobres resultados cuando los pacientes están diagnosticados con uno o más trastornos de la personalidad (Mellman et al., 1992; Ricciardi *et al.,* 1992; Ronningstam, Gunderson y Lyons, 1995; Shea *et al.,* 1990). Hay datos que sugieren que la gravedad del trastorno de la personalidad, no su mera presencia, constituye un pronóstico de los resultados del tratamiento en la ansiedad generalizada (Beaudry, 1991), en el trastorno de pánico (Shear, 1991) y en la agorafobia (Mavissakalian, 1991).

Las intervenciones psicológicas constituyen claramente los tratamientos de elección para los trastornos de la personalidad. Al revisar los estudios médicos, Soloff (1990) encontró que: "No hay una 'medicación de elección empíricamente definida para los trastornos de la personalidad ni tampoco es posible definir una" (p. 234). La medicación no cura el carácter.

El objetivo del tratamiento psicológico de los trastornos de la personalidad son los patrones duraderos del comportamiento (o los rasgos psicológicos que pueden inferirse a partir del comportamiento) que interfieren con la adaptación social y laboral o que impiden la recuperación de la depresión y de otros síndromes clínicos. Hay dos formas de realizar esto. Una es fiarse de las descripciones del DSM-IV-TR (APA, 2000) sobre los trastornos de la personalidad. Un segundo enfoque consiste en describir los rasgos psicológicos y seleccionarlos como objetivo de la intervención.

Cada criterio del DSM-IV-TR describe un conjunto de comportamientos que pueden servir como meta de la intervención (suponiendo que las conductas manifestadas por el paciente sean consistentes con el criterio). Todos los diagnósticos del DSM-IV-TR se describen como conductas (más o menos) manifiestas sin vocabulario psicodinámico o de otro tipo, sin teorías ni suposiciones (excepto en unas pocas categorías). Igualmente, además de la condición clínica presente, los patrones duraderos de conductas, pensamientos y emociones que preceden y siguen a un episodio agudo se clasifican utilizando los criterios de dicho sistema diagnóstico, criterios que son, con algunas excepciones, teóricamente neutros. Incluso con revisiones, las clasificaciones no son perfectas. Sin embargo, llaman la atención hacia los rasgos de la personalidad como factores predisponentes en los trastornos psiquiátricos y se plantea que hay que tratar a la persona globalmente y no sólo sus síntomas.

Una personalidad "trastornada" se compone de rasgos relativamente duraderos que obstaculizan la propia adaptación a las circunstancias de la vida. Los criterios enfatizan la interferencia con el desarrollo de las relaciones sociales y las actividades laborales. Si una persona sufre conflictos en el trabajo o tiene dificultades para mantener uno, los hechos apuntan hacia un posible trastorno de la personalidad. Si una persona no se lleva bien con los demás o se comporta, de forma indiscriminada, con ira o temor y evita las interacciones sociales y familiares, parecen también pruebas de un trastorno de la personalidad.

Para hacer un diagnóstico de un trastorno de la personalidad es necesario eliminar algunas posibles causas de interferencia en las relaciones sociales y en el trabajo. Al igual que en medicina, el procedimiento consiste en descartar otras causas, especialmente las agudas o transitorias. Por ejemplo, si la depresión o la ansiedad interfieren temporalmente con las relaciones laborales o familiares, estos síntomas, más que rasgos de la personalidad, sugieren un diagnóstico en el Eje I (la condición clínica actual). La clave para el diagnóstico en el Eje II se refiere al tiempo en que la persona ha manifestado un determinado patrón psicológico.

A veces no es fácil realizar esas discriminaciones, pero se puede hacer también la misma afirmación de otros síntomas. Por ejemplo, las ideas paranoides pueden indicar esquizofrenia, trastorno bipolar, síndrome orgánico cerebral o un rasgo central de la personalidad. ¿Qué es realmente? El diagnóstico depende de la información adicional. Si hay señales de trastornos del pensamiento, además de rasgos paranoides, está indicado el diagnóstico de esquizofrenia; si hay evidencia de un trastorno del estado de ánimo, está indicada la depresión mayor o el trastorno bipolar; los síntomas de deterioro cognitivo apuntan a lo orgánico como probable diagnóstico. Si ninguno de éstos se encuentra presente y se puede descartar el trastorno delirante, y si la suspicacia y la cautela constituyen un patrón duradero, el trastorno paranoide de la personalidad es el diagnóstico probable.

En la práctica, el diagnosticar a un paciente en el Eje I o en el Eje II no es una elección de uno u otro. Cuando hay un trastorno del Eje I existe probablemente un trastorno de la personalidad diagnosticable. Lo contrario no es necesariamente cierto -puede haber evidencias de una perturbación de la personalidad sin un trastorno del Eje I—, Exis-

ten al menos dos razones para ello. En primer lugar, es posible que la persona no muestre ningún síntoma que se pueda clasificar en el Eje I. En segundo lugar, cuando el paciente se recupera, puede continuar mostrando pensamientos y conductas que son consistentes con los criterios del Eje II. En realidad, esto es exactamente lo que se espera, es decir, en un episodio esquizofrénico tratado con éxito es muy probable que el paciente continúe mostrando rasgos consistentes con el trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad. Estas categorías diagnósticas fueron creadas para describir a gente que ya no tiene alucinaciones o ni presenta ilusiones de forma activa, pero continúa pareciendo rara o excéntrica o vive aislada de los demás.

18.3. Los criterios de Millón

Los criterios del DSM-IV-TR para los trastornos de la personalidad continúan teniendo reminiscencias de la teoría psicodinámica (especialmente en la descripción del trastorno límite de la personalidad), pero están básicamente libres de teorías. Esta misma neutralidad plantea un problema al describir a la persona en tratamiento; lo que se necesita es un lenguaje de la personalidad. Hay, por supuesto, muchas teorías de la personalidad y cualquiera de ellas puede proporcionar un vocabulario para hablar sobre ella y sobre algunas hipótesis con respecto a la persona.

Un enfoque más organizado consiste en utilizar una teoría de la personalidad y de sus trastornos para seleccionar objetivos de la intervención psicoterapéutica. Este enfoque plantea la cuestión sobre qué rasgos seleccionar para el tratamiento. La elección es tan amplia como nombres hay para los rasgos psicológicos. Blatt (1995), por ejemplo, hablaba del rasgo de perfeccionismo para el tratamiento de la depresión y Conte *et al.* (1991) de otros varios rasgos de la personalidad.

Millón (Millón y Davis, 1996) ha contribuido con muchas ideas sobre la personalidad y sus trastornos. Su enfoque está basado en la teoría del aprendizaje social, por lo que lo hace atractivo para los terapeutas cognitivo-conductuales. De alguna manera no es correcto referirse a la personalidad como trastornada. Millón reconoce esto y afirma que "los trastornos de la personalidad no pueden abordarse como enfermedades o incluso entidades cosificadas'... están circunscritos como síndrome diagnóstico por necesidades lingüísticas, [pero] no son enfermedades o 'cosas' en absoluto" (p. 136). Quizá es preferible el término de McCrae; este autor propone el término "trastornos relacionados con la personalidad" y afirma que la gente "de hecho no tiene una personalidad patológica, sino una patología relacionada con la personalidad" (McCrae, 1994, p. 31).

Las ricas descripciones de Millón sobre los prototipos de cada trastorno de la personalidad pone en guardia al clínico sobre el estilo cognitivo, los patrones conductuales, las expresiones afectivas, las conductas interpersonales y el autoconcepto de la persona. Utilizando tres polaridades -uno mismo-el otro, activo-pasivo y placer-dolor- Millon muestra cómo se pueden combinar para comprender a una persona en particular. Por ejemplo, la combinación de búsqueda de placer, orientado hacia sí mismo y pasivo describe al prototipo del trastorno de la personalidad narcisista, para quien es esencial la sensa-

ción de "estar en su derecho", de forma inherente. Las mismas características, con la excepción de que la persona está orientada hacia los demás en vez de hacia sí mismo, forma el prototipo del trastorno de la personalidad por dependencia.

Adoptando este enfoque, el clínico puede predecir cómo se presentaría una persona cuando una de las polaridades cambia. En general, el objetivo de las intervenciones terapéuticas con las personas que padecen un trastorno de la personalidad consiste en trasladarlas desde los extremos de cada dimensión polar hasta una posición más moderada, liberar la rígida dependencia del propio estilo de la personalidad y fomentar la flexibilidad en el pensamiento, las acciones, el afecto, las relaciones interpersonales y los conceptos sobre uno mismo.

18.4. El tratamiento de los trastornos de la personalidad

Aunque hay más de una docena de trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV-TR, la mayoría de los manuales de psicopatología se centran en dos: el antisocial y el límite. La personalidad antisocial, gravemente psicopática, ha atraído gran cantidad de investigación, en buena medida porque los sujetos estaban en prisión con pocas diversiones que no sean participar voluntariamente en los experimentos. El trastorno límite ha estimulado una gran cantidad de teorías, algunas de las cuales son muy especulativas y no están apoyadas por datos empíricos.

Los sujetos antisociales nunca buscan tratamiento de forma voluntaria y, al igual que los límite, tienen una reputación de ser muy difíciles de tratar. Ya que los dos trastornos sobre los que más se habla son difíciles de tratar, existe la impresión de que todos los trastornos de la personalidad son difíciles de tratar. Esto no es así y gran parte del resto de este capítulo está dedicado al tratamiento de algunos de los "otros" trastornos de la personalidad, utilizando un enfoque denominado terapia de valoración cognitiva (Wessler y Hankin-Wessler, 1991; Wessler, 1993a, 1993b, 1997).

18.4.1. La terapia de valoración cognitiva (TVC)

La TVC comienza con la suposición de que tres procesos psicológicos -afecto, conducta y cognición- se encuentran interrelacionados en un sistema abierto. El afecto y la cognición son procesos encubiertos y parte del mundo privado de la persona. El principal modo de intercambio con el ambiente es la conducta manifiesta y el ambiente más importante es social; de este modo, la conducta interpersonal es el centro de atención principal en la TVC. De los tres procesos, el afecto recibe una atención especial. El afecto se define como las experiencias emocionales subjetivas y tiene propiedades motivadonales.

Las personas emplean algoritmos (es decir, rutinas cognitivas almacenadas) para procesar la información social. La información se puede procesar de una manera bastante directa, tal como se han descrito en las explicaciones típicas del papel de las cog-

niciones en las respuestas emocionales y conductuales. En el modelo de emoción reactivo o del "animal asustado", la persona percibe un estímulo y lo interpreta de acuerdo a algunas creencias o cogniciones, respondiendo en correspondencia. Por ejemplo, si una persona define una situación como peligrosa, el resultado emocional será el miedo y se producirá la acción adecuada para reducirlo (huir, luchar o no moverse). En la TVC, esta secuencia se denomina "episodio emocional" (Wessler y Hankin-Wessler, 1991).

Algunas experiencias emocionales humanas son reacciones ante situaciones específicas, pero muchas experiencias emocionales *no* son reactivas. Por el contrario, son habituales y no dependen mucho de los acontecimientos externos que las provocan. En la TVC, se dice que estas experiencias empiezan con una emoción, en vez de con un estímulo, y los pensamientos y las acciones asociados no son el resultado del procesamiento cognitivo de la información. Por el contrario, el afecto influye sobre el contenido de la cognición y el patrón de la conducta.

Los humanos no siempre son capaces de ser lógicos; alguien podría decir, "Me *siento* tonto, incluso aunque *sé* que soy inteligente". La TVC se basa en la idea de que las personas tienen hábitos emocionales, que son adictos a sus sentimientos. Están motivadas para volver a experimentar determinados sentimientos que las retrotraen a la infancia. No están motivadas a reducir el miedo u otra perturbación emocional o a "sentirse mejor". Buscan experimentar determinados sentimientos que, debido a la familiaridad, les traen una sensación de seguridad. Cuando los sentimientos familiares son positivos y se buscan de forma consciente, el individuo se sentirá "bien" y seguro. Sin embargo, si los sentimientos familiares son negativos, el sujeto no se sentirá "bien", pero tendrá una sensación de seguridad psicológica. Ésta es la hipótesis principal de la TVC.

Para algunas personas, los sentimientos de estar privados, desamparados y pasivos constituyen los marcadores emocionales que les dice que son lo que piensan que son, incluso si no quieren ser esa persona. Esos sentimientos familiares les apartan de la amenaza del cambio y mantienen una sensación de autoconsistencia. La gente dice que busca la felicidad, y a veces lo hace, pero también buscan, y en ocasiones como algo más importante, familiaridad.

La TVC supone que cada persona tiene una norma no consciente sobre cómo él/ella se debería sentir. Cuando los sentimientos se desvían de lo que la norma especifica, los procesos automáticos empiezan a devolver al individuo al rango establecido de sentimientos. Aunque los sentimientos establecidos forman un rango o franja, el término utilizado en la TVC es el "punto fijo emocional". Cuando una persona se mueve por *debajo* del punto fijo, procesos automáticos con motivación hedonista empiezan a devolverle a un estado menos angustiado. Estos procesos se conocen como maniobras defensivas. Pueden ser cognitivos o conductuales, y en otros enfoques se conocen como mecanismos de defensa o, simplemente, "defensas".

No había término para describir los procesos que se inician cuando se *sobrepasa* el punto fijo, es decir, cuando la persona se siente demasiado bien. Debido a que estos procesos se basan en la búsqueda de seguridad en vez de la evitación del dolor (hedonismo), en la TVC se denominan "maniobras de seguridad".

Cuando la terapia se atasca, cuando no se consiguen beneficios o no se mantienen, se debe a este principio de conservación. El cambio y la novedad pueden ser amenazantes. La seguridad proviene de experiencias familiares. La noción de "alimento del bienestar" incluye este supuesto; el "alimento del bienestar" es familiar a la persona, que lo busca en situaciones de malestar. Tiene el efecto de suavizar y de hacer que las personas se sientan mejor. El "alimento del bienestar" de cada uno es, normalmente, algo de la infancia y habitualmente con sabor dulce, porque los banquetes infantiles son generalmente de dulces, aunque la sopa de pollo también puntúa muy alto para algunos personas.

Decir que el alimento del bienestar sabe bien y proporciona placer es no entender nada; lo que trae es bienestar, una sensación de seguridad basada en la familiaridad. Pensar en la gente en términos hedonistas es sólo perder una gran parte de la experiencia y de la conducta humanas.

18.4.2. El énfasis especial en los valores

Si pensamos exclusivamente sobre la motivación humana en términos del principio de placer-dolor, es posible que perdamos otra área importante del funcionamiento humano. La conducta humana se guía por valores personales, como, por ejemplo, por ideas de lo que está bien y lo que está mal. Los valores personales se basan en la propia interpretación y aceptación (o rechazo) individual de los principios morales y los valores sociales. En la TVC, los valores personales se identifican como normas personales establecidas para la vida (NPEV).

Los valores personales proporcionan un explicación racional para actuar de forma contraria a los impulsos hedonistas a experimentar placer y eliminar el dolor. El hacer lo que es correcto en vez de lo que es conveniente es muy admirado en esta sociedad. Se piensa que sufrir por las propias creencias ennoblece. En esta sociedad se fomenta el derecho a perseguir la felicidad. Probablemente sea el objetivo consciente de la mayoría de las personas y la gente habla y actúa como si el mayor bien en la vida fuese el placer. Y aun así, el individuo que deja de lado el placer con el fin de ser fiel a los propios valores es admirado enormemente, si no imitado de manera entusiasta.

Los valores personales se ignoran frecuentemente en la psicoterapia, ya que los terapeutas intentan ser objetivos y libres de valoraciones. La neutralidad puede fomentar una actitud de "cualquier cosa vale"; una actitud que no juzga puede ser erróneamente considerada como permisiva. Los psicoterapeutas pueden ser una fuerza moral si tienen claros sus propios valores y explican estos valores a las personas con las que trabajan. Deberían expresar claramente que no aprueban algunas acciones y, al mismo tiempo, que pueden reconocer las normas personales de vida del individuo.

Siempre que sea posible, los psicoterapeutas deberían trabajar dentro del conjunto de principios morales y valores sociales del paciente. Que éste decida lo que es correcto y animarle a hacerlo conforme él/ella lo entiende. Si la persona no está segura, el terapeuta puede servir como una directriz moral. Cuando éste no pueda ofrecer una guía o

encuentre que sus valores entran en conflicto con los del paciente, debería no aceptar el caso.

La moralidad y los valores constituyen temas importantes en todo aquello que tiene que ver con la personalidad. Las acciones, pensamientos y sentimientos están afianzados en los principios morales y los valores sociales. La personalidad antisocial sufre de valores débiles o erróneos, lo mismo que sucede con la personalidad depresiva que puede sentirse culpable con respecto a casi todo, incluyendo simples equivocaciones (la gente debería sentirse culpable por traicionar sus valores, no por cometer errores en el juicio o en la actuación).

18.4.3. *La TVC y otras formas de terapia cognitivo-conductual*

Los enfoques cognitivos de tratamiento comparten una base teórica. Dan una importancia central a las cogniciones en la etiología de la psicopatología y consideran determinadas cogniciones como esenciales para el proceso de cambio. Las cogniciones están asociadas con las respuestas conductuales y emocionales y cambiando las cogniciones cambiarán también las respuestas conductuales y emocionales. Puesto que los pacientes buscan tratamiento para los comportamientos disfuncionales y las emociones perturbadoras, los terapeutas cognitivos no consideran el cambio cognitivo como un fin en sí mismo, sino como un medio para realizar el cambio conductual y emocional. Como consecuencia de este énfasis, la cognición se asocia en un patrón lineal con la conducta y la emoción. Dicho en pocas palabras, la cognición causa la conducta y la emoción —las acciones y los sentimientos dependen de los pensamientos.

La TVC hace también esta suposición, pero además supone que la dirección de la influencia puede ir desde la conducta y, especialmente, desde el afecto hacia la cognición. Este modelo de cognición, afecto y conducta supone que estas modalidades psicológicas tienen una relación interdependiente en vez de una que sea estrictamente lineal. Dicho resumidamente, las acciones y los sentimientos influyen en cómo piensan las personas.

La mayoría de las formas de TVC asumen que se puede persuadir a la gente por medio de la evidencia y la lógica, por medio de la observación de un modelo creíble o por la demostración a través de uno mismo. Además, la TVC reconoce que la gente no está gobernada exclusivamente por el pensamiento científico. Ninguna cantidad de evidencia, lógica, modelado o autodemostración puede influir en la gente cuando sus creencias están basadas en suposiciones no científicas y no empíricas. Incluso es posible que sus cogniciones no estén basadas en ninguna evidencia. La TVC mantiene que todos nosotros pensamos de esta manera, al menos a veces, y, por consiguiente, es inmune ante la nueva evidencia.

La TVC se diferencia también de otras formas de TVC en sus procedimientos. Raramente utiliza el llevar registros de los pensamientos o la biblioterapia, porque la TVC no incluye como su principal objetivo corregir los pensamientos disfuncionales o enseñar los principios de la salud mental. Raramente se mandan tareas para casa formales y cuando se realizan éstas suelen ser conductuales y, habitualmente, interpersonales. Nun-

ca se utiliza con personas que tienen fuertes tendencias pasivo-agresivas, ya que o bien se "olvidarán" hacer las tareas o bien inicialmente estarán de acuerdo en hacer la tarea y luego cambiarán de opinión.

En la terapia individual, la calidad de la relación terapéutica es muy importante. Se intenta conseguir una buena relación y el terapeuta intenta ser acertadamente empático y comunicar una comprensión emocional y cognitiva del paciente al mismo paciente. No se supone que la relación tenga que ser curativa, pero es esencial si se ha de continuar con el tratamiento hasta llegar a un final satisfactorio.

El terapeuta se centra frecuentemente en el pasado del paciente, especialmente en sus relaciones con la familia de origen, ya que el paciente se acuerda de ella y la recrea en sus informes. El clima emocional de la familia es especialmente importante para descubrir los patrones familiares de afecto que, se supone, impulsan parcialmente los pensamientos y las acciones de la persona y hacen que la terapia se detenga o vacile en vez de desarrollarse sólida y fluidamente.

Una sesión de TVC puede parecerse a la terapia centrada en el cliente, a la terapia de relaciones objétales, a la terapia de realidad o a la terapia interpersonal, que son no directivas. A veces incluso puede parecerse a la terapia racional emotivo-conductual o a la terapia cognitiva, pero casi nunca se parece a la terapia de conducta, excepto, quizá, cuando tiene que ver con los padres y con los niños dentro de la familia.

La TVC no es un grupo de procedimientos para hacer terapia. Es un punto de vista teórico sobre la motivación y la resistencia ante el cambio terapéutico. Puede ser útil a muchos clínicos porque ofrece un camino para pensar sobre el fracaso de los pacientes en cambiar o en mantener los cambios. Proporciona una explicación razonada para comprender la resistencia ante el cambio sin culpar al paciente o sin decir lo mismo una y otra vez, en un esfuerzo de ser vigoroso y persistente.

Habiéndonos dado cuenta de que muchas cogniciones no están basadas en la evidencia y la lógica y que ninguna cantidad de evidencia ni de lógica las desalojará, el terapeuta tiene la libertad de intentar otras intervenciones. La idea de que algunas cogniciones deben su existencia a los afectos, ayuda a los pacientes a entender su resistencia al cambio y su, a veces, compromiso desconcertante (para ellos) para pensar en lo que realmente no se creen.

El llegar a comprenderse uno mismo (o *insight)* constituye uno de los principales objetivos de la TVC. Los pacientes quieren comprenderse mejor a sí mismos y aunque la autocomprensión no es siempre una condición para el cambio terapéutico, el progreso en la terapia y la calidad de la relación se favorecen cuando el terapeuta puede ofrecer explicaciones acertadas al paciente sobre su comportamiento. Ayudando al paciente a darse cuenta de que ni es estúpido ni malo por mantener ciertas creencias puede favorecer a ser capaces de iniciar cambios que, de otra manera, podría eludir.

La TVC enfatiza también el papel de la vergüenza, la autocompasión y la rabia en la psicopatología (y en la vida cotidiana). La vergüenza es inherente al proceso de terapia porque se le pide al paciente que revele información, pensamientos y sentimientos personales. La autocompasión es una cognición emotiva frecuentemente olvidada; sentir pena por uno mismo significa que uno es una víctima desamparada y que necesita ayuda.

Tanto la vergüenza como la autocompasión pueden acabar en rabia, bien como una reacción a los insultos de otras personas o bien como reacción al rechazo de los demás a darle ayuda o a dejar de oprimir a la desamparada, autocompasiva víctima.

La responsabilidad es otro tema importante de la TVC que también otros enfoques lo pueden adoptar. En especial, la responsabilidad es la base del respeto hacia uno mismo (o de las autoevaluaciones positivas). Rechazando los logros o la popularidad social como la base de la autoconsideración positiva, la TVC alienta a los pacientes a que se respeten a sí mismos por hacer lo que es correcto, tal como ellos lo entienden -por sus acciones y decisiones morales. La autocompasión y la vergüenza, lo mismo que la culpa y la autorrecriminación, ceden ante este simple principio del respeto hacia uno mismo.

Las siguientes directrices de tratamiento se extrajeron de la experiencia clínica. Son el resultado de más de una década de trabajo con pacientes que padecen trastornos de la personalidad, trabajo realizado por el autor, por Sheenah Hankin (1997) y por Jonathan Stern (1996). Este enfoque combina las descripciones de Millón sobre los prototipos de la personalidad para establecer objetivos para el cambio junto con los principios de la TVC para vencer la resistencia al cambio.

18.4.4. El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia

Las características distintivas de un trastorno de la personalidad por dependencia, según el DSM-IV-TR, son una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que ocasiona un comportamiento de sumisión y temores de separación. El individuo recurre a los demás para tomar decisiones y para que asuman la responsabilidad de la mayor parte de las áreas de su vida.

Millón proporciona una descripción más rica. La persona dependiente es esencialmente pasiva y busca llevarse bien con los demás agradándoles. El refuerzo que desea es la aprobación de los demás y la consecuencia que teme es la desaprobación. La persona se ve a sí misma como un sujeto débil y desamparado y lleva a cabo comportamientos interpersonales sumisos, reverenciales, para asegurarse la aprobación y la falta de censura. Son agradables hasta el extremo; es una táctica reforzadora, ya que si se está de acuerdo con lo que dicen y quieren los demás, hay pocas posibilidades de que los demás los desaprueben. Los sujetos con una dependencia grave no expresan sus opiniones, no toman decisiones y siempre siguen a alguien, nunca dirigen. El agradar a los demás es su forma de funcionar en el mundo.

Una persona dependiente se encuentra con desventaja en la mayoría de las situaciones sociales y en muchas situaciones laborales. Están predispuestos a la ansiedad, puesto que se preocupan de evitar la desaprobación y temen la crítica. Se deprimen cuando no son capaces de conseguir comentarios positivos de los demás o cuando no tienen a otra persona más fuerte en quien confiar. Las relaciones son valiosas para ellos en cuanto que constituyen una fuente de consuelo, de tranquilidad y de guía. La independencia es productora de alarma y depresión.

Se pueden predecir los episodios de depresión, se producen cuando la persona dependiente no tiene a nadie en quien confiar y debe enfrentarse a las vicisitudes de la vida sola. La ansiedad que podrían experimentar por ser independientes les acompaña casi siempre, por lo que están predispuestos al trastorno por ansiedad generalizada.

El tratar la depresión o la ansiedad solas no será suficiente ni para eliminar estos trastornos emocionales ni para prevenir su recurrencia. La personalidad misma predispone al individuo a la ansiedad crónica y a episodios depresivos recurrentes. La personalidad tiene que ser un objetivo de tratamiento.

La persona dependiente presenta problemas especiales para el terapeuta, especialmente terapeutas que adoptan un enfoque educativo. No hay nada más atrayente para un sujeto dependiente que tener un terapeuta que les diga exactamente qué tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer. Deseoso de agradar al terapeuta, el dependiente estará de acuerdo con todo y enviará mensajes sutiles: Soy inofensivo y estoy desamparado -cuida de mí. Para asegurarse que el terapeuta será extremadamente solícito, el sujeto dependiente se presentará como alguien especialmente perturbado y claramente una víctima de algo o alguien real o impreciso que le atormenta.

La estrategia general para trabajar con las personas dependientes es alentarles a ser menos pasivos y más activos por su propio beneficio y centrarse en complacerse a sí mismos más que complacer a otras personas. Explicando simplemente este objetivo al paciente es un buen comienzo. Entonces se puede señalar cada caso de expresión y comportamiento pasivo, de complacencia hacia los demás. Se puede animar al paciente a que corra riesgos fuera de la sesión de terapia siendo asertivo, ofreciendo opiniones y tomando decisiones. Ciertas tácticas de la TVC son útiles para llevar a cabo esta estrategia:

1. *No sentir lástima por el paciente* ni expresar una actitud que pudiera transmitir compasión. Como una víctima pasiva, que se ha autodefinido así, la persona dependiente desea simpatía y quiere que el terapeuta (y la mayoría de las personas) refuercen su imagen de debilidad y desventaja.
2. *No dejar que el paciente complazca al terapeuta.* Las personas dependientes serán especialmente complacientes. Están preparados para acomodarse al terapeuta y pueden tratar de buscar favores por medio de comportamientos deferenciales. El frustrar esos intentos de agradar y congraciarse con el terapeuta debilitará (teóricamente) estas respuestas.
3. *No tomar la responsabilidad de arreglar los problemas del paciente.* Habilidosas para conseguir que los demás solucionen sus problemas y tomen las decisiones por ellas, las personas dependientes esperan que el terapeuta haga lo mismo. Definen el papel de terapeuta como uno que sirve de autoridad y para proporcionar ayuda y, en consecuencia, se sienten justificados a pedir al terapeuta que dirija sus vidas. Por supuesto, el hacer esto refuerza el patrón de dependencia y es antiterapéutico.
4. *Incitar la ira.* Esta táctica puede parecer sorprendente, pero se basa en la observación de que la gente pasiva encubre resentimientos que no manifiesta. Temen expresar cualquier sentimiento negativo por miedo a ofender y molestar a los de-

más y así ser abandonados. En la seguridad del lugar de terapia, es útil intentar provocar sentimientos negativos, en especial la ira.

Hay varias formas posibles de hacer esto. Ya se ha hablado de la frustración de las peticiones. Una táctica más novedosa consiste en defender a la persona sobre la que el paciente se queja; los dependientes se quejan sobre lo que les desagrada en vez de emprender una acción eficaz para corregir lo que perciben como indeseable. Los terapeutas pueden provocar ira discordando con el paciente, pero la ira puede permanecer encubierta a menos que se aliente su expresión. El terapeuta puede comentar cómo el paciente parece enfadado (atención al lenguaje corporal) o puede inferir la ira a partir del lenguaje hablado de éste, como formas de conseguir que el paciente exprese la ira de forma responsable.

Una intervención paradójica puede también provocar la ira. El terapeuta puede estar de acuerdo con que el paciente exprese desamparo o renuencia a cambiar (las personas dependientes desean que las demás personas o las condiciones del entorno cambien y se ven a sí mismos como sujetos incapaces de cambiar)

5. *Pedir al paciente que sea su propio terapeuta.* La cuestión general a plantear es "¿Qué harías o cómo te sentirías si fueras tu propio terapeuta?" Esta táctica pide al paciente que asuma la responsabilidad y sustituya al terapeuta en su papel de experto. Es una táctica que puede utilizarse también para provocar la ira.
6. *Asumir que el paciente etiqueta erróneamente, al menos parte de, la ira como "ansiedad".* Los así llamados ataques de pánico son a menudo ataques de ira. Las personas pasivas construyen erróneamente sus sentimientos subjetivos como ansiedad porque la ira les parece muy improbable, son personas débiles y "agradables" que necesitan caer bien a los demás. Además, pueden tener miedo de expresar cualquier señal de ira o de sentimientos negativos y se centran en ese temor en vez de en la ira encubierta.
7. *Ayudar al paciente a poner límites en sus relaciones interpersonales.* La gente que intenta agradar a los demás deja que éstos hagan y digan lo que quieran y nunca objeta directamente sus acciones, incluso cuando siente que están abusando de ella. Poner límites significa que la persona no dejará a los demás que se aprovechen de ella o que la traten con menosprecio. Después de que el paciente entienda que agradar a los demás de forma indiscriminada es una característica central de su patología de la personalidad, se le puede alentar para que se niegue a que se aprovechen de él o que le traten faltándole al respeto. Puesto que es posible que no sepa cómo hacer esto, el terapeuta puede demostrárselo y luego permitir que practique dentro de la sesión. La representación de papeles ("role playing"), una técnica conductual conocida, es una forma excelente de practicar las habilidades de poner límites.

   La representación de papeles se puede utilizar también para provocar sentimientos encubiertos, como aquellos que las personas dependientes a menudo tienen hacia sus padres. Los sujetos dependientes que intentan agradar a los demás habitualmente tienen o han tenido uno o más padres críticos —así es como han aprendido a ser dependientes. Aprendieron que la conformidad era una forma eficaz de evitar las críticas y, por lo tanto, continuaron con este hábito en la vida

adulta. La representación de papeles ayuda a expresar los sentimientos y, al mismo tiempo, hace que el paciente ensaye nuevas formas de tratar con antiguas cosas que le han estado molestando.

8. *Utilizar la autorrevelación para contrarrestar las maniobras dependientes por parte del paciente.* Los terapeutas también tienen sentimientos y pueden utilizarlos para ayudar a los pacientes. En este caso, expresando irritación cuando el paciente se queja y se lamenta o manifestando malestar cuando el paciente intenta ser "amable" o caer bien. La autorrevelación anima al paciente a expresarse por medio del modelado y establece un clima de honestidad en el que tanto el terapeuta como el paciente pueden expresar sentimientos.

Todas estas tácticas tienen como objetivo liberar al paciente de la tiranía del temor a la desaprobación de los demás y activar la confianza en uno mismo para tomar sus propias decisiones. Puesto que el respeto hacia uno mismo proviene de hacer lo que es correcto, tal como uno entiende lo correcto y lo erróneo, estos métodos afectan a la propia imagen así como a los comportamientos interpersonales, afectos y estilos de pensamiento.

18.4.5. El tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno histriónico de la personalidad describen un patrón de emocionalidad y búsqueda de atención excesivo. El estilo del comportamiento interpersonal es expresivo y teatral, utilizando la apariencia física y, a menudo, modos seductores o provocadores para conseguir ser el centro de la atención. La persona histriónica parece estar actuando en una obra o representación y expresa los sentimientos de una manera exagerada. A los conocidos casuales se les denomina amigos y a los amigos se les considera como amigos íntimos o los mejores amigos.

El DSM-IV-TR incluye el trastorno de la personalidad histriónico en el mismo grupo que el antisocial, el límite y el narcisista. Comparten características comunes de apariencia teatral, emocional o errática, pero existen más diferencias psicológicas que similitudes superficiales entre estos trastornos. La persona histriónica no realiza habitualmente comportamientos antisociales, no manifiesta el caos emocional que caracteriza al límite y no expresa los sentimientos de "estar en su derecho" de la personalidad narcisista.

Según Millón, el sujeto histriónico tiene más en común con la personalidad dependiente (de la que se habló en el apartado anterior). Tanto el dependiente como el histriónico tratan de obtener aprobación y evitar la desaprobación de los demás, intentando agradar a los otros y, por lo tanto, evitando las posibles críticas. A diferencia de la persona dependiente, el histriónico se comporta de forma activa en sus intentos de conseguir los favores de los demás. El sujeto dependiente agrada de forma pasiva, pero el histriónico entretiene de forma activa. Los demás forman la audiencia ante quienes la persona histriónica actúa y modifica cada actuación para encajar con cada audiencia.

Las personas histriónicas encuentran dificultades interpersonales cuando su actuación se vuelve irritante. Los sentimientos que expresa de forma teatral son falsas representaciones transparentes de sus verdaderos sentimientos y los demás les ven como falsos e hipócritas. Se dan mucho a la emocionalidad en vez de utilizar argumentos razonados, lo que hace difíciles las discusiones con ellas. Las relaciones interpersonales se vuelven tirantes y pueden producirse problemas laborales.

Sus acciones histriónicas les defienden de la crítica y de los sentimientos de inferioridad y vergüenza (autocrítica) estimulados por los comentarios de los demás. Así, existe el potencial para desarrollar ansiedad si sus actuaciones fracasan y para desarrollar depresión si los demás se cansan de su compañía. Los pacientes histriónicos plantean determinados problemas a los terapeutas que pueden afectar al resultado del tratamiento de los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

1. El problema fundamental para el terapeuta es *establecer una buena relación sin reforzar el comportamiento histriónico.* Esto puede hacerse mostrando inicialmente el interés y la atención que la persona histriónica busca. Una vez que la relación es sólida y se ha formado una alianza terapéutica, el entrevistador puede cambiar a un enfoque más empático y reflejar los sentimientos que la persona tiene realmente, en vez de los manifiestamente teatrales que representa. Esto no se hace para exponer el estilo defensivo de la persona histriónica -lo que podría inducir vergüenza y terminar la terapia antes de que empiece- sino para conseguir que el paciente sepa que la actuación histriónica no es necesaria para asegurar la relación o evitar la crítica.
2. *Ayudar al paciente histriónico a permanecer tranquilo.* Debido a que las personas histriónicas pueden ser divertidas y entretenidas, con experiencias divertidas para contar e historias cautivantes para narrar, el terapeuta puede convertirse fácilmente en una audiencia complaciente. Peor aún, el terapeuta puede alentar sutilmente que el paciente cuente historias cada vez más interesantes y le distraiga de analizar los afectos, conductas y cogniciones del sujeto. En otras palabras, la interacción puede convertirse en social en vez de terapéutica. Cuando el paciente es sexualmente provocador en la apariencia, la forma de vestirse o comportarse, el terapeuta puede activarse y, sin violar ningún código ético, crear un clima de excitación, no de terapia. Cuando la ira se expresa de una manera histriónica, puede estimular también ira en los terapeutas, de modo que el mejor consejo es permanecer tranquilos.
3. *El empleo prudente del humor desinfla el estilo melodramático del paciente.* Es probable que el sujeto histriónico magnifique los pequeños acontecimientos y los convierta en grandes, las frustraciones en tragedias y las pequeñas críticas en los mayores insultos. Un coqueteo inocente puede describirlo como un intento de rapto. Las anotaciones humorísticas deben dirigirse a lo que el paciente dice, no al propio paciente, y deberían aportar, de una manera distendida, una perspectiva más amplia a las explicaciones exageradas del mismo.
4. *Mantener al paciente en contacto con la realidad.* Puede que los pacientes no sepan que dan explicaciones exageradas de los acontecimientos y de sus reacciones an-

te ellos o puede que lo sepan, pero creen que los demás esperan versiones más vistosas de la realidad de lo que es en sí. Una forma de aportar una perspectiva realista es utilizando la autorrevelación. El terapeuta puede decir al paciente cómo se sentiría y qué pensaría si estuviera en la misma situación o acontecimiento (esta táctica supone que el terapeuta no es histriónico).

5. *Intentar expresiones paradójicas para ayudar a disminuir el nivel de catástrofe y mantener al paciente en contacto con la realidad.* Cuando se emplea esta táctica, el terapeuta magnifica las expresiones del paciente, ya de por sí magnificadas. Al igual que todas las intervenciones paradójicas, se tiene que tener mucho cuidado. Los pacientes podrían creer a los terapeutas que dicen que no hay esperanza para ellos o que su historia es la peor que han oído nunca. Cuando los pacientes se toman las expresiones paradójicas demasiado en serio, los terapeutas deben explicar rápidamente la naturaleza y el propósito de la intervención y, quizá, admitir que la elección no fue muy afortunada.
6. *Reelaborar las expresiones de los pacientes y explicar sus efectos sobre los demás.* Los pacientes histrionicos tienen una idea equivocada sobre los demás, especialmente sobre lo críticos que son. En el pasado histriónico de la persona, hay habitualmente una o más personas críticas con quien el paciente aprendió a tratar por medio del ingenio y el encanto. A menudo han tenido uno o los dos padres histriónicos y han vivido en una familia en la que la expresión emocional teatral era frecuente y aprobada. Aprender a adaptarse a esa familia es una pobre preparación para vivir en un mundo en el que esas manifestaciones no son bienvenidas.

La persona histriónica cree que su forma de expresión no solamente es apropiada sino que es correcta; además, cree a menudo que la inhibición de la expresión emocional es psicológica y quiza físicamente dañina. De lo que no son capaces de darse cuenta es del impacto de su estilo en los demás después de que desaparece el valor de entretenimiento inicial. Mientras ejercitan su "derecho" a quejarse, provocan la misma crítica que quieren evitar o bien consiguen que los demás les rechacen. El terapeuta puede reelaborar las quejas como informar en exceso" a los demás —demasiada información para que éstos la pueden manejar. Esta táctica les ayuda a ver que sus comportamientos son ineficaces, sin necesidad de criticarlos.

18.4.6. El tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad

Según el DSM-IV-TR, el trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por grandiosidad, necesidad de ser admirado y falta de empatia. Estas personas están centradas en sí mismas de forma extrema y no les interesan para nada los demás. Sus ideas grandiosas pueden estar limitadas a la fantasía y nunca ponerlas en acción. Esto sugiere que han distorsionado la visión de la realidad, sustituyendo los hechos socialmente validados por sus propias fantasías. Así, ninguna otra persona piensa que son tan importantes como ellos lo piensan, pero en vez de utilizar esta información para corregir la imagen que

tienen de sí mismos y armonizarla con respecto al consenso social, rechaza de forma arrogante las opiniones de los demás cuando difieren de las suyas. Por supuesto, si los demás tienen opiniones favorables, esas expresiones de admiración se aceptan fácilmente. Esta sólida confianza en las perspectivas idiosincrásicas de la realidad se aproxima a la paranoia; sin embargo, las personas narcisistas sólo están convencidas de su propia importancia, no de que los demás se enfrentan a ellas o los persiguen.

El trastorno de la personalidad narcisista tiene varias explicaciones teóricas. Una es que el narcisista compensa los sentimientos de falta de importancia y la inadecuación adoptando inconscientemente las conductas y la imagen de sí mismo opuestas; esto es narcisismo defensivo. La otra explicación es que a la persona se le reforzó de forma constante, dentro de la familia, sus actitudes narcisistas.

Millón da esta explicación basándose en la teoría del aprendizaje social: la persona se desarrolla sin tener que adquirir las habilidades necesarias para obtener gratificación. Esto se debe a la anticipación de los padres de las necesidades del hijo y a gratificar dichas necesidades sin que el niño tenga que hacer ningún esfuerzo. Cuando este patrón continúa en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta, la personalidad narcisista está formada. No hay compensación defensiva por la inferioridad; ¡la persona se cree realmente que es superior a los demás!

Millon señala que este patrón está centrado en sí mismo, es autocomplaciente y pasivo. No habiendo tenido que hacer nunca esfuerzos por lo que a ellas les corresponde, las personas narcisistas se sienten con el derecho de conseguir lo que quieren sin tener que actuar. Este patrón es pasivo como el dependiente, pero centrado en sí mismo en vez de centrado en los demás. Las personas narcisistas tienden a la depresión cuando este estilo no da resultados, cuando el ambiente no es capaz de proporcionarles los reforzadores a los que piensan tienen derecho o cuando está a la espera de que los sujetos realicen alguna actuación con el fin de que reciban refuerzo. Al sentirse privados y desamparados, están predispuestos a episodios de depresión.

El reto para el terapeuta es ayudar a la persona a volverse menos centrada en sí misma y más activa por su parte. Para hacer esto, el terapeuta tiene que tratar con la sensación de "estar en su derecho" y las exigencias del paciente, expresadas a menudo en que el terapeuta actúe como el agente activo del cambio -éste es el servicio que el narcisista espera.

1. *Intentar impresionar al narcisista.* La gente con un grandioso sentido de la autoimportancia a menudo quiere sólo lo mejor, incluyendo el mejor terapeuta. Éste tiene que sentirse seguro y transmitírselo al paciente. Además, son convenientes algunas expresiones bien elegidas sobre la propia competencia. Ésta es una circunstancia en la que la modestia es contraproducente y la falta de modestia terapéutica.
2. *Descubrir si el paciente es un narcisista "defensivo" o un "verdadero" narcisista.* En la versión defensiva subyace una baja confianza en uno mismo y oculta sentimientos de inferioridad. El "verdadero" narcisista carece de empatia y esta comprometido consigo mismo. La persona defensiva requiere trabajar en mejorar las au-

tovaloraciones, mientras que el "verdadero" narcisista ya tiene más que suficiente autoestima. El objetivo en cada caso es el mismo: lograr autovaloraciones más realistas, pero el punto de partida no es el mismo.

3. *Seleccionar la disminución de la vergüenza o el aumento de la empatia como un objetivo del cambio.* El narcisista defensivo tiene un problema de vergüenza, puesto que la gente que piensa que es inferior siempre lo tiene. Abordar los pensamientos y sentimientos de vergüenza no es fácil debido a la fachada de superioridad que levantan los pacientes. Una forma novedosa de penetrar esta coraza es provocar la ira del paciente. Esto se puede hacer después de que se ha formado una alianza de colaboración, porque implica señalar los déficit del paciente; esta táctica estimula la vergüenza, que acaba finalmente en ira, ya que la persona intenta intimidar a quien le está molestando para que termine con las críticas. Además presenta también una versión alternativa de la realidad, una alternativa que desafía la versión privada del paciente.

   Sin embargo, si el objetivo es la falta de empatia la táctica es muy diferente. En la sesión, las interacciones paciente-terapeuta proporcionan oportunidades para el entrenamiento en empatia. Se necesita la autorrevelación del terapeuta. Éste pregunta una y otra vez: "¿Qué estoy sintiendo?". Un verdadero narcisista tendrá escasa idea, si es que tiene alguna, sobre los sentimientos del terapeuta y puede quejarse de la pregunta —¡se supone que todas las preguntas y afirmaciones pertenecen al paciente, no al terapeuta! Si el paciente lo hace bien, entonces las discusiones con respecto a lo que los demás piensan y sienten le sensibilizan sobre los demás. El aprender simplemente cómo las propias acciones afectan a los demás es un progreso significativo para una persona narcisista.
4. *Utilizar la autorrevelación para crear disonancia entre la versión privada del paciente sobre la realidad y la versión socialmente apropiada del terapeuta.* Éste es un enfoque menos directivo que enfrentarse directamente a la persona con sus distorsiones y, por consiguiente, debería encontrarse con menos resistencia. Al compartir sus pensamientos y sentimientos, el terapeuta invalida las falsas suposiciones del paciente.
5. *Conseguir que el paciente sea más científico cuando llega a conclusiones sobre los pensamientos, sentimientos y motivaciones de los demás.* Ésta es una táctica estándar de la terapia cognitiva que implica recoger datos empíricos para evaluar las propias suposiciones sobre la realidad. Los pensadores grandiosos a menudo se engañan a sí mismos creyendo hechos que no son verdaderos; son invención de la propia persona. Preguntas sobre "¿cómo sabes que tienes razón?" irritarán a un individuo narcisista, ya que piensa que lo que cree que es verdad es evidente por sí mismo y no requiere comprobación. Sin embargo, este reto a las creencias puede ser eficaz para el proceso de terapia si el paciente está comprometido a cambiar.
6. *Entrenar a los pacientes narcisistas a ser más poderosos.* Puesto que no están acostumbrados a realizar actos instrumentales se sienten impotentes. En realidad, pueden ser incapaces y requerir entrenamiento en habilidades prácticas y sociales. El objetivo es alentarles a sentirse responsables, confiando en sí mismos y capaces de

conseguir lo que quieren sin explotar a los demás. Además de las ventajas prácticas de confiar en ellos mismos, esta táctica trabaja contra la autocompasión que siente la gente incapaz. Las personas que se sienten capaces no se ven a sí mismas como víctimas y no sienten compasión por ellas mismas ni se deprimen. La autoeficacia es un potente antídoto contra la autocompasión, que resulta cuando las personas narcisistas no consiguen que los demás satisfagan sus necesidades.

18.4.7. El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación

El DSM-IV-TR describe al trastorno de la personalidad por evitación como un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a las críticas. Los miedos se extienden también a hacer el ridículo, a pasar vergüenza y a la humillación, con el resultado de que la persona evita los contactos interpersonales.

La descripción que Millón hace de este trastorno coincide con la del DSM. Existe una razón simple para esto: Millón creó el diagnóstico. El señala que las personalidades evitadoras realmente desean contactos sociales y las recompensas agradables que se derivan de ellos. Sin embargo, sus temores al rechazo o a las críticas sobrepasan sus deseos y en este conflicto clásico aproximación-evitación gana la evitación porque reduce la ansiedad.

Debido a que están privados de los beneficios de las buenas relaciones interpersonales, los sujetos con evitación suelen caer en la depresión. A menudo presentan una imagen mezcla de depresión y ansiedad, especialmente ansiedad social, pero revelan fuertes deseos hacia las relaciones humanas normales. Su aislamiento social es similar al del trastorno esquizoide de la personalidad, pero en este trastorno, según Millón, hay una ausencia de motivaciones sociales y una capacidad notablemente reducida para experimentar tanto dolor como placer. Por otra parte, las personas con evitación sienten su angustia con gran intensidad.

Su patrón de evitación tiene una mezcla de consecuencias. Es adaptativa porque disminuye la ansiedad, pero desadaptativa cuando acaba en depresión. Además, este patrón cierra la puerta a otras actividades y ocupaciones potencialmente reforzantes. Afortunadamente para las personas con evitación que existen en el mundo, las ciberoficinas y el trabajar con ordenadores en vez de hacerlo con personas les hacen más fácil la vida.

Las personas con evitación son difíciles para el terapeuta porque se aíslan a sí mismas. Urgirías a que hagan tareas conductuales para casa, especialmente tareas que impliquen contactos sociales, provoca ansiedad y no es probable que las lleven a cabo. Las individuos con evitación casi siempre tienen rasgos pasivo-agresivos, característicos de personas que temen a la gente. Cuando están deprimidos puede tratarse con fármacos, pero sin mucho éxito.

Las claves de la psicoterapia para personas con evitación consisten en ganar su confianza y, luego, reducir la vergüenza aumentando la aceptación de uno mismo. La estrategia general es fomentar la comprensión de uno mismo, con especial énfasis en entender que lo suyo es básicamente un problema de miedo, incluso cuando el autodiagnóstico es la depresión.

1. *Definir el problema como miedo a la humillación.* El enorme miedo a la crítica que la persona dependiente afronta dirigiéndose hacia la gente y agradándola, el evitador lo hace apartándose de la gente. Los demás son vistos como malévolos hasta cierto punto; un análisis del pasado del paciente habitualmente revela unos padres o familiares críticos, de quienes han aprendido la lección de que todas las personas son críticas, en potencia, que examinan cada palabra y cada acto. En las etapas iniciales de la terapia, el paciente habitualmente cree que su problema es la ansiedad o, más probablemente, la depresión; por lo tanto, se deben llevar a cabo exploraciones cuidadosas de los temores al rechazo, a la crítica y a la humillación.
2. *Terminar con el hábito de la autocrítica.* Esta táctica se basa en la hipótesis de que toda la vergüenza se debe a la autocrítica. Ya convencidos de su propia inadecuación, las personas evitadoras tienen un hábito de autocrítica que se extiende bien lejos en su pasado. Se proyecta en los demás —ven a los demás como críticos (muy probablemente tal y como eran sus padres). Sin embargo, las críticas provenientes de otras personas sólo sirven para estimular la autocrítica. Reelaborando el problema de esta forma, la persona evitadora puede darse cuenta de que posee el potencial para cambiar. Terminar con el hábito de la autocrítica es necesario para superar el temor de ser criticado por los demás. Es posible cambiar el hábito por una elección —criticarse o no a sí mismo.
3. *Mostrar al paciente que el estado ideal de la cuestión en la que nunca sería criticado no es realista.* Los comentarios sobre el comportamiento es algo común; todo el mundo lo hace y todo el mundo es objeto de los comentarios de los demás. Las personas evitadoras habitualmente creen que no deberían ser criticadas porque son muy sensibles. Desearían solucionar su problema eliminando la crítica que proviene de los demás. Una buena pregunta sería: ¿por qué no deberías ser criticado por los demás?
4. *Señalar la suposición centrada en sí mismo de que uno puede saber lo que los demás están pensando.* Esto se llama leer las mentes. Además, hay que indicar el disparate de comportarse según estas suposiciones sobre la gente no comprobadas, que están examinando cuidadosamente todo sobre el paciente y haciendo los juicios en silencio. Los individuos con evitación normalmente son muy habilidosos para evitar la crítica. Lo hacen por medio del aislamiento social. Sin embargo, incluso aunque la crítica es democrática —todos la hacemos y la recibimos— no es tan frecuente como las personas con evitación se imaginan. Son tan sensibles que no necesitan escuchar las críticas, las *infieren* a partir de cómo la gente les mira o de la simple presencia de otras personas en el contexto.
5. *Ayudar al paciente a comprender que es él quien hace los juicios.* Quizá sea irónico que la gente autocrítica sea tan crítica con los demás. Puede ser útil presentar una pequeña culpa terapéutica subrayando las actitudes críticas del paciente con respecto a los demás y estimulándole a que elimine ese hábito. La culpa se puede utilizar también cuando se descubre que el paciente miente a los demás sobre sus pensamientos o sentimientos en un esfuerzo para evitar las críticas. La honesti-

dad es difícil para la gente socialmente ansiosa, pero es también la única forma en que la gente con evitación puede aprender que tampoco le tratarán con dureza si habla.

6. *Utilizar la representación de papeles y el ensayo de conducta para preparar al paciente a correr el riesgo de interactuar honestamente con la gente.* Dar la cara ante los demás no es algo que una personalidad con evitación haga muy a menudo. Puede que no sepa cómo y necesite entrenamiento en habilidades sociales. Incluso si sabe cómo, necesita practicarlo para ganar confianza en que lo puede hacer en el mundo social real. Si provienen de una familia crítica, como habitualmente sucede, necesitan practicar el afrontamiento de las críticas que han recibido durante tanto tiempo. Dichos tan simples como "No quiero que me sigas criticando. Si sigues haciéndolo me voy" pueden ser muy útiles para desarrollar mejores relaciones interpersonales. Igualmente, la ira, que permanece oculta de forma encubierta, se puede expresar de formas socialmente aceptables y, en este caso, la representación de papeles y el ensayo de conducta pueden ser útiles.

18.5. Conclusiones

Los pacientes con un trastorno de la personalidad constituyen una gran parte de la población con psicopatología. Los patrones de la personalidad desadaptativos son indicadores de la vulnerabilidad psicológica a la ansiedad y a los trastornos del estado de ánimo. La gravedad de un trastorno de la personalidad, en vez de su simple presencia, constituye un pronóstico de los resultados del tratamiento. Independientemente del tratamiento que reciban, estos pacientes obtienen peores resultados en el funcionamiento social y muestran más señales residuales que los pacientes sin diagnósticos sobre la personalidad.

Los individuos con potentes características de la personalidad tienen una disposición más favorable a resistir los estímulos sociales estresantes que pueden desencadenar episodios de ansiedad y de depresión. Una persona no necesita cumplir los criterios formales de un trastorno de la personalidad para ser considerada vulnerable. Un único rasgo puede ser suficiente. Por ejemplo, un hábito cognitivo-afectivo a menudo olvidado es la autocompasión, un sentimiento asociado con la creencia de que uno ha sido privado o tratado injustamente o que le han hecho sufrir sin razón. La gente que experimenta autocompasión se define a sí misma como víctima y los temas de victimización son frecuentes en los sueños y en los pensamientos conscientes de las personas deprimidas (Beck *et al.,* 1979).

El tratamiento psicológico de algunos de los trastornos de la personalidad ha recibido una atención creciente en los últimos años. El tratamiento de los trastornos de la personalidad intenta cambiar patrones duraderos que interfieren con la representación de roles familiares, laborales y sociales y trata de mejorar y mantener los progresos como cónyugue, padre/madre, empleado o jefe, vecino y amigo. Estos objetivos requieren la adquisición de patrones nuevos, más adaptativos, de pensar e interactuar y, especialmente, nuevos hábitos y respuestas emocionales. Además, la modificación de los patrones de la

personalidad aumenta la probabilidad de que el tratamiento para la ansiedad o los trastornos del estado de ánimo tenga éxito y que los cambios positivos perduren.

El esquema básico para el tratamiento de los trastornos de la personalidad es sencillo. En primer lugar, se tienen que identificar los patrones duraderos de pensar, sentir e interactuar. Una o más entrevistas suelen ser a menudo suficientes para esta tarea, pero los tests psicológicos, especialmente el Inventario Clínico Multiaxial de Millón *(Millón Clinical Multiaxial Inventory-III,* Millón, Millón y Davis, 1994) pueden ser muy útiles. En segundo lugar, las intervenciones cognitivas y conductuales pueden dirigirse a modificar estos patrones objetivo. Una intervención cognitiva típica consiste en presentar pruebas invalidantes para convencer a la persona que rinda sus conceptos erróneos o al menos que cree suficiente disonancia para producir algún cambio de actitud. Cuando fracasan estos esfuerzos o los cambios no duran, se necesita otro enfoque.

En la TVC se supone que la gente tiene normas no conscientes sobre cómo deberían sentirse, cómo de bien deberían actuar, encontrar aceptación en los demás, etc. Estas normas encubiertas definen un punto fijo emocional; las desviaciones del punto fijo se resistirán. La persona se implicará en las denominadas conductas autoderrotistas (maniobras de búsqueda de seguridad), percepciones distorsionadas y pensamientos que no están basados en la realidad (cogniciones justificadoras), pero que sirven para restaurar un estado estable alrededor del punto fijo.

En tercer lugar, se explica esta hipótesis a la persona para fomentar la comprensión de uno mismo. El fracaso en cambiar o mantener el cambio puede verse como un proceso natural, algo a esperar. No se culpa a la persona ni se la etiqueta como desesperanzada, sino que se la alienta a continuar con los esfuerzos para cambiar.

Cada trastorno de la personalidad presenta sus propios retos al terapeuta. En las páginas anteriores, se han descrito algunas tácticas para cuatro trastornos de la personalidad.

19

La terapia de esquemas, de Young

Javier Valenzuela y Vicente E. Caballo
Universidad de Granada (España)

19.1. Introducción

El auge que últimamente está adquiriendo el estudio de los trastornos de la personalidad ha determinado la aparición, entre otros, del modelo terapéutico denominado *terapia de esquemas* (Young, Weishaar y Klosko, 2003), anteriormente conocido como terapia centrada en los esquemas (Young, 1994a). Este modelo, aunque se deriva básicamente de la terapia cognitiva de Beck (1976), supone la integración de distintas técnicas cognitivo-conductuales en un mismo cuerpo metodológico y, al mismo tiempo, incorpora estrategias novedosas no contempladas en otros enfoques de similar orientación. Su aplicación no se reduce únicamente a los trastornos de la personalidad, sino que también está indicada en alteraciones tales como distimia, ansiedad crónica, prevención de recaídas en la depresión, abuso de sustancias, pacientes difíciles y terapia de pareja y grupo, entre otros. En el presente capítulo se analizará la justificación de este modelo y se presentarán las distintas técnicas y procedimientos que lo integran.

19.2. La terapia de esquemas

Este modelo terapéutico nace como respuesta a las limitaciones que la terapia cognitiva de Beck presentaba ante pacientes con trastornos de personalidad y/o trastornos crónicos o, simplemente, pacientes difíciles (Beck y Freeman, 1990). Tales limitaciones se corresponden con los problemas y dificultades que algunos pacientes suelen plantear en el transcurso del proceso terapéutico, tales como dificultades para activar e identificar aquellos sentimientos y emociones que generalmente están ocultos o permanecen bloqueados, problemas para identificar e informar sobre sus pensamientos y procesos cognitivos, dificultades para poder identificar cuáles son sus problemas así como definirlos, falta de motivación al realizar las tareas asignadas para casa, dificultades para establecer una buena relación terapéutica y resistencia a modificar creencias y patrones de conducta, a pesar de

la argumentación lógica y racional asumida por el propio paciente. El modelo de Young pretende salvar estas limitaciones aportando nuevas estrategias y orientaciones metodológicas, tales como un cuidadoso estudio de las primeras experiencias infantiles, un análisis causal sobre la génesis de las creencias y distorsiones cognitivas del paciente (esquemas tempranos) y un mayor énfasis en la relación terapéutica y en las técnicas emocionales.

La base teórica de este modelo se fundamenta en la existencia de lo que Young denomina Esquemas Tempranos Desadaptativos *(Early Maladaptatives Schemas)* y en los procesos bajo los que pueden operar dichos esquemas: rendición al esquema, evitación del esquema y compensación del esquema.

19.3. Concepto de esquemas tempranos desadaptativos

Los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD) suponen una mayor profundización en el análisis de los fenómenos cognitivos que modulan la conducta. Tras lo que son las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, se encuentran los ETD, temas estables y sólidos acerca de uno mismo en relación con la experiencia y que se han desarrollado desde la infancia y a lo largo de toda la vida. Constituyen la base del procesamiento de la realidad y a partir de ellos se generan todas las distorsiones cognitivas, disfunciones emocionales y/o comportamientos inadaptados. Los ETD tienen varias características que los definen:

- Son verdaderos e incondicionales. Su validez jamás se cuestiona por el sujeto. Son persistentes y muy resistentes al cambio. Constituyen el núcleo cognitivo del individuo y cualquier amenaza de cambio sería como si se tambaleasen los cimientos de la personalidad.
- Son disfuncionales y producen un malestar significativo que tiene como consecuencia trastornos de pánico, depresión, sentimientos de soledad, vergüenza, conductas agresivas, aislamiento social, adicciones, etc.
- Distorsionan el procesamiento de la información para mantenerse válidos e intactos. El concepto del *sí mismo* así como la interpretación de los acontecimientos, son procesos que se ven mediatizados por el esquema para mantener su validez.
- Se desencadenan por determinados acontecimientos ambientales cuyo contenido afecta directamente a un esquema determinado.
- Sus orígenes se encuentran en necesidades emocionales básicas, que no han sido satisfechas durante la infancia, y experiencias tempranas traumáticas o estresantes, aunque también, en muchos casos, es el temperamento emocional de la persona el que deriva hacia la formación de determinados ETD.

19.4. Dimensiones y tipos de esquemas

Young establece la existencia de dieciocho esquemas agrupados en 5 categorías o dimensiones. Dichas categorías hacen referencia a las relaciones tempranas disfuncionales del

sujeto con los padres, hermanos y grupo de iguales, y al estilo de comportamiento que, a partir de dichas experiencias, el sujeto ha ido desarrollando.

A) Dimensión de desconexión y rechazo

Consiste en la expectativa de que uno no encontrará nadie que satisfaga sus necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatia, afecto, aceptación y respeto. Los antecedentes familiares contienen experiencias de separación o desarraigo familiar, padres ausentes, rechazo, castigos, indiferencia, actitudes críticas, etc.

1. *Abandono / Inestabilidad.* Es la sensación de inestabilidad y poca fiabilidad sobre aquellos que nos pueden proporcionar apoyo y amistad. Implica el significado de que los demás no serán capaces de proporcionarnos apoyo emocional, comunicación, fuerza o protección porque ellos son emocionalmente inestables e impredecibles (explosiones de enfado), poco fiables o su presencia es desigual; porque ellos morirán en poco tiempo o nos abandonarán en favor de alguien mejor.
2. *Desconfianza / Abuso.* Idea de que los demás nos dañarán, abusarán de nosotros, nos humillarán, estafarán, mentirán, manipularán o se aprovecharán. Implica que el daño es intencionado o el resultado de una negligencia injustificada y extrema. Uno siempre termina por ser engañado por los otros o al final se llevará una gran decepción.
3. *Privación emocional.* Expectativa de que los demás no nos van a proporcionar un apoyo emocional normal. Existen tres formas de privación:

   - Privación de cuidados: atención, afectos, calor y compañía.
   - Privación de empatia: comprensión, escucha, confianza, sentimientos compartidos.
   - Privación de protección: ausencia de fuerza, protección y guía por parte de los otros.

4. *Imperfección / Vergüenza.* Sensación de que uno es defectuoso, malo, no deseado o poco válido para las cosas importantes; o que uno va a resultar antipático si se relaciona con los demás. Esto puede implicar una hipersensibilidad a la crítica, rechazo y culpa, baja autoestima, tendencia a la comparación e inseguridad hacia los otros así como vergüenza respecto a los propios defectos mostrados. Estos defectos pueden ser internos (antipatía, ira, tendencias sexuales inaceptables) o externos (fealdad, torpeza social).
5. *Distanciamiento I Aislamiento social.* Sentimiento de que uno está aislado de los demás, es diferente de los otros y/o no forma parte de ningún grupo o comunidad.

B) Deterioro de la autonomía y de la actuación

Expectativa sobre uno mismo y sobre el ambiente que interfiere con la propia capacidad para la supervivencia, para funcionar de forma independiente o para actuar con éxito. En el origen familiar se puede observar escasa confianza en el niño, sobreprotección o fracaso en reforzar las actuaciones competentes del niño fuera de su entorno familiar.

1. *Dependencia* / *Incompetencia.* Es la creencia de que uno es incapaz de manejar sus responsabilidades diarias, de una manera competente, sin una considerable ayuda de los demás (cuidar de uno mismo, resolver problemas diarios, tener buen juicio, emprender nuevas tareas, tomar buenas decisiones...). A menudo presentan indefensión.
2. *Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad.* Temor exagerado a que pueda ocurrir una catástrofe y que uno será incapaz de prevenirla. El temor puede referirse a catástrofes médicas (sida, infarto, tumores), emocionales (volverse loco) o externas (ascensores, aviones, terremotos, atracos).
3. *Estar atrapado* / *Inmadurez del sí mismo.* Excesiva implicación emocional y compenetración con una o más personas significativas (a menudo los padres) a expensas de una plena individualidad o de un normal desarrollo social. Implica la creencia de que no se puede vivir o ser feliz sin el constante apoyo de los demás. Puede incluir también sentimientos de estar dominado o fusionado con los otros o bien tener una identidad individual insuficiente. A menudo experimentan un sentimiento de vacío, de falta de dirección o, en casos extremos, pueden cuestionarse el sentido de su existencia.
4. *Fracaso.* Creencia de que uno ha fracasado o es inferior a sus semejantes en cuanto a logros (estudios, profesión, deportes). La persona se considera estúpida, inepta, tonta, ignorante, de bajo estatus y con menos éxito que los demás.

C) Límites deteriorados

Deficiencias en los límites internos, en la responsabilidad hacia los demás o en la orientación hacia metas a largo plazo. Conduce a dificultades para respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, comprometerse o establecer objetivos personales realistas. Los orígenes familiares típicos se caracterizan más por permisividad, exceso de indulgencia, carencia de directrices o una sensación de superioridad en vez de un afrontamiento apropiado, disciplina y establecimiento de límites con respecto a asumir responsabilidades, cooperar de una forma recíproca y establecer objetivos. En algunos casos, el niño puede no haber experimentado frustraciones o no haber obtenido supervisión, dirección o guía adecuadas.

1. *Grandiosidad* / *Estar en su derecho.* Creencia de que uno es superior a los demás, que se tiene el derecho a privilegios especiales. No está limitado por las normas

de reciprocidad que regulan las interacciones sociales normales. Insistencia en que uno puede ser capaz de realizar u obtener lo que quiera, aunque los demás lo consideren irracional o sea a costa de ellos; o también la excesiva tendencia a afirmar el poder de uno, el punto de vista particular o el control sobre la conducta de los otros conforme los deseos de uno, sin tener en cuenta las necesidades propias de los demás y su criterio. Suele implicar excesivas exigencias y falta de empatia con las necesidades y sentimientos de los demás.

2. *Insuficiente autocontrol / autodisciplina.* Persistente dificultad o rechazo a tener suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr objetivos personales o contener la expresión excesiva de los propios impulsos y emociones. En su forma más leve, los pacientes pueden dar una exagerada importancia a la evitación del malestar intentando evitar el dolor, los conflictos, los enfrentamientos, las responsabilidades o los sacrificios a expensas del desarrollo personal.

D) Inclinación hacia los otros

Se trata de una excesiva atención a los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, con el fin de obtener amor y aprobación, mantener la sensación de vinculación con el otro o bien para evitar represalias. Frecuentemente implica supresión y falta de conciencia respecto a la propia ira y a las inclinaciones naturales. El origen familiar puede ser de aceptación condicional: el niño debe suprimir importantes aspectos de sí mismo para así obtener amor, atención y aprobación. Las necesidades emocionales y deseos de los padres o bien la aceptación y el estatus social son más valorados que las necesidades específicas y los sentimientos de los hijos.

1. *Subyugación.* Excesiva rendición al control de los demás debido a que el individuo se siente coaccionado-sometido, con el fin de evitar la ira, las represalias o el abandono. Existen dos formas de subyugación:

   - Subyugación de las necesidades: Supresión de las propias decisiones, preferencias, deseos.
   - Subyugación emocional: Supresión de las propias emociones, especialmente de la ira.

   Implica la percepción de que los propios deseos, opiniones y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. Frecuentemente presentan una excesiva conformidad junto con una hipersensibilidad a sentirse atrapado. A menudo se expresa la ira de forma inadaptada (conducta pasivo-agresiva, estallidos de furia, síntomas psicosomáticos, retirada de afectos, abuso de sustancias).
2. *Autosacrificio.* Excesiva dedicación a satisfacer de forma voluntaria las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a costa de las propias gratificaciones. La razón más común es evitar causar dolor a los otros, evitar la culpa de los sen-

timientos egoístas o mantener la vinculación con los que se perciben como necesitados. A menudo es el resultado de una aguda sensibilidad hacia el dolor de los otros. A veces produce la sensación de cierto resentimiento hacia los demás debido a que las propias necesidades no han sido satisfechas.

3. *Búsqueda de aprobación / reconocimiento.* Excesivo énfasis en obtener aprobación, reconocimiento o atención por parte de los otros a expensas del desarrollo de una identidad propia segura y real. Aquí la autoestima de uno depende de las reacciones de los otros más que de las propias cualidades naturales. A veces incluye un excesivo énfasis en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o los logros, con el fin de obtener aprobación, admiración o atención. Frecuentemente terminan tomando grandes decisiones vitales que luego resultan equivocadas o insatisfactorias, o manifiestan una excesiva sensibilidad al rechazo.

E) Sobrevigilancia e inhibición

Se da un excesivo énfasis en controlar los sentimientos, impulsos y preferencias espontáneos o en satisfacer normas y expectativas rígidas e interiorizadas sobre la actuación y el comportamiento ético, a expensas, a menudo, de la felicidad, la expresión de uno mismo, el estar relajado, las relaciones íntimas o la salud. Generalmente se trata de familias rígidas, exigentes y, a veces, punitivas: el rendimiento, el perfeccionismo, el seguir las normas y el ocultar las emociones predominan sobre el placer, la alegría y la tranquilidad. Frecuentemente hay un ambiente de pesimismo y preocupación de que las cosas podrían ir mal si se baja la guardia y no se tiene cuidado constantemente.

1. *Negatividad / Pesimismo.* Atención duradera y general sobre los aspectos negativos de la vida mientras minimiza o se olvida de los aspectos positivos. Habitualmente incluye expectativas exageradas de que las cosas puedan ir mal o de que los aspectos de la propia vida que parecen ir bien, acaben mal. Generalmente implica un excesivo temor a cometer errores que pueden ocasionar la ruina económica, pérdidas, humillaciones o sentirse atrapado en una mala situación. Debido a que exageran los posibles resultados negativos, estos sujetos se caracterizan por preocupaciones, vigilancia, pesimismo, quejas o indecisiones crónicas.
2. *Inhibición emocional.* Inhibición excesiva de las actuaciones, sentimientos o comunicaciones espontáneas, habitualmente para evitar la desaprobación de los otros, los sentimientos de vergüenza o el perder el control de los propios impulsos. Los aspectos más comunes de la inhibición se refieren a:

   - Inhibición de la ira y la agresividad.
   - Inhibición de impulsos positivos (diversión, afecto, sexualidad).
   - Excesivo énfasis en la racionalidad a expensas de la emocionalidad.
   - Dificultad en la expresión de la vulnerabilidad o en la comunicación libre de los propios sentimientos, necesidades, etc.

3. *Normas inflexibles* / *Hipercrítica.* Se refiere a la creencia subyacente de que uno necesita esforzarse en satisfacer las más altas normas interiorizadas de conducta y rendimiento para evitar la crítica. Normalmente esto tiene como consecuencias sentimientos de presión o dificultades para relajarse y una excesiva crítica hacia uno mismo y hacia los demás. Obviamente se produce un grave perjuicio del placer, la relajación, la salud, la autoestima, la autorrealización y las relaciones satisfactorias. Las normas inflexibles suelen presentarse como:

   - Perfeccionismo: atención excesiva a los detalles y una infravaloración del propio desempeño con respecto a las normas.
   - Reglas y deberes rígidos en muchas áreas de la vida, incluyendo reglas morales y preceptos éticos y religiosos poco realistas.
   - Preocupación con el tiempo y la eficiencia, la necesidad de lograr más.

4. *Castigo.* La creencia de que se debería castigar a la gente por cometer errores. Implica la tendencia a enfadarse, a ser intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluido uno mismo) que no satisfacen las expectativas y las normas. Frecuentemente esto incluye dificultades para perdonar los errores de uno mismo y de los demás debido a que no se tienen en cuenta las circunstancias difíciles ni se aceptan los defectos humanos, y tampoco se empatiza con los sentimientos de los demás.

19.5. Procesos de los esquemas

Existen tres formas distintas bajo las cuales puede operar un esquema en un determinado individuo: rendición al esquema, evitación del esquema y compensación del esquema. Estos procesos sirven para explicar de qué manera la persona responde a su esquema bien sea a nivel afectivo, cognitivo o comportamental.

1. *Rendición al esquema*

El proceso de rendición hace referencia a aquellas maniobras cognitivas y conductuales que sirven para reforzar y conservar la vigencia del esquema. El individuo piensa y actúa conforme al dictado de su ETD. Por ejemplo, si se trata de un esquema de "Autosacrificio", la persona actuará según las necesidades de los demás ignorando las suyas propias. Para que se produzca un proceso de rendición es necesario que el individuo cometa distorsiones cognitivas. Los que se desarrollan en el modelo de Beck (magnificación, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc.) representan las estrategias utilizadas por el individuo para que toda la información procedente del exterior pueda reafirmar su validez. Por otra parte, la persona que se encuentra bajo el dominio de un ETD lleva a cabo también hábitos y comportamientos frustrantes y contraproducentes. Estos pa-

trones de conducta rígidos y persistentes sólo sirven para reforzar la validez del esquema. Si, por ejemplo, una mujer se encuentra bajo dominio de un esquema de "Subyugación", su tendencia será la de buscar hombres de talante machista y dominante. Cuando un esquema ha dominado durante largo tiempo en la vida del individuo, es muy posible que éste se vea incapaz de modificarlo y no pueda hacer nada para cambiar, aun reconociendo los sufrimientos por los que pasa.

2. *Evitación del esquema*

Cuando un esquema se activa, el individuo experimenta afectos y emociones altamente desagradables, tales como ansiedad, tristeza, ira, abatimiento, etc. Por ello, algunas personas tienen que desarrollar estrategias encaminadas a prevenir la activación del esquema. Si en el modo de *rendición* el sujeto piensa y actúa conforme a las directrices del esquema, en el modo de *evitación* el esquema se percibe como una seria amenaza y por ello debe ser evitado. Una persona con un esquema de "Fracaso" está convencida de que fracasará en cualquier proyecto que intente y, por ello, terminará experimentando vergüenza y humillación; por lo tanto, nunca emprenderá nuevos proyectos ni se promocionará en el trabajo; tratará, por tanto, de que ese esquema no se active.

Los mecanismos que se emplean para la evitación del esquema incluyen las evitaciones cognitiva, conductual y afectiva. La evitación cognitiva se refiere a intentos, más o menos conscientes, de bloquear pensamientos o imágenes que activan fuertemente el esquema. Esto puede verse como algo parecido a los mecanismos de represión y negación descritos por el psicoanálisis. La evitación afectiva consiste en los intentos conscientes o automáticos que algunas personas realizan para bloquear sentimientos que son desencadenados por los esquemas. Tal podría ser el caso de la personalidad esquizoide. Por último, la evitación conductual es la estrategia empleada para evitar situaciones comprometidas o de alto riesgo y que podrían hacer saltar el temido esquema. Estas estrategias permiten que el sujeto pueda experimentar cierto alivio al poder escapar del miedo y la angustia que lleva consigo el esquema; no obstante, esta estrategia es también la mejor forma de que el esquema se perpetúe y consolide.

3. *Compensación del esquema*

En otros casos, el esquema opera desarrollando un mecanismo de *compensación* según el cual el individuo adopta estilos cognitivos y/o conductuales que parecen ser opuestos a lo que cabría esperar del esquema. Por ejemplo, una persona con predominio del esquema "Imperfección/vergüenza" actuaría en modo de *compensación* al demandar la atención y admiración de los demás y al negar rotundamente la validez de las críticas recibidas, en lugar de asumirlas y autocorregirse. La compensación es un intento de "engañar", a corto plazo, el contenido del esquema, pues casi siempre éste termina por demostrar al individuo su incuestionable validez. Cuando la compensación fracasa, el

esquema se activa y, de esta forma, termina por producir todos los desajustes emocionales que conlleva. Estos intentos, más o menos conscientes, son muy similares al mecanismo de *formación reactiva* descrito por el psicoanálisis.

19.6. Modos de esquemas

Young reconoce que se trata de un constructo algo complicado y lo define como "aquellos esquemas o procedimientos de los esquemas —adaptativos o disfuncionales— que están siendo activados actualmente por un individuo". Los modos de esquema son puntuales estados emocionales y conductas asociadas que se manifiestan mediante algún tipo de estímulo estresante emocional al que el sujeto se muestra especialmente sensible. Se trata de una constelación de determinados esquemas que habitualmente se encuentran en estado latente pero que se pueden activar de forma más o menos esporádica ante acontecimientos concretos; algo así como una parte del sí mismo que no ha llegado a estar integrada en el patrón de conducta y personalidad que habitualmente exhibe el sujeto. Los modos pueden ser adaptativos o disfuncionales. Estos modos consisten en pensamientos, emociones y conductas dominadas por un factor común. Así, por ejemplo, el modo *Niño vulnerable* hace referencia a sentimientos de soledad, aislamiento, privación, incompetencia, etc. Los modos de los esquemas se pueden observar con mayor frecuencia en los patrones límite o en individuos con trastornos disociativos. Young describe diez modos de esquema:

a) Modos de la infancia. Son innatos y universales y el individuo puede manifestarlos ante determinados acontecimientos.
   1. Niño vulnerable
   2. Niño enfadado
   3. Niño impulsivo / indisciplinado
   4. Niño feliz

b) Modos desadaptativos de afrontamiento. Se refieren a estilos de afrontamiento basados en la rendición, evitación y compensación del esquema.
   5. Capitulador complaciente
   6. Protector desvinculado
   7. Sobrecompensador

c) Modos de padre / madre disfuncional. El paciente llega a ser como el padre que lleva interiorizado.
   8. Padre / madre punitivo
   9. Padre / madre exigente
   10. Modo de adulto saludable. Se trata del modo que se pretende fortalecer en la terapia.

19.7. Desarrollo y aplicación de la terapia de esquemas

19.7.1. *Fase de evaluación y educación*

Esta fase consta de seis objetivos:

— Identificación de patrones de conducta disfuncionales.
— Identificación y desencadenamiento de los ETD.
— Comprender los orígenes de los esquemas en la infancia y adolescencia.
— Identificación de las conductas y los estilos de afrontamiento.
— Evaluación del temperamento.
— Unificarlo todo: La conceptualización del caso.

La estructura de este proceso consta de ocho pasos:

1. Evaluación inicial

Consiste en identificar los problemas presentes del paciente determinando si éstos son puntuales o bien constituyen el reflejo de su patrón vital. Se establecen los objetivos terapéuticos y se valoran la capacidad y las características del paciente para someterse a la terapia de esquemas.

2. Inventarios

Como tareas para casa el paciente deberá contestar a los siguientes cuestionarios:

a) Cuestionarios o relatos autobiográficos
b) *The Young Schema Questionnaire* (YSQ-L2; Young y Brown, 2001)
c) *The Young Parenting Inventory* (YPI; Young, 1994b)
d) *The Young-Rygh Avoidance Inventory* (Young y Rygh, 1994)
e) *The Young Compensation Inventory* (Young, 1995)

3. Evaluación de la imaginación

Se intenta que el paciente imagine escenas de la infancia comprobando, además de su capacidad, si también se suscitan reacciones emocionales y síntomas de activación vinculados a esas escenas. Los contenidos y las reacciones a estas escenas deberán conectarse con situaciones actuales similares y, finalmente, con la presencia de determinados esquemas.

4. Evaluación de la relación terapéutica

Prestar atención a aquellos acontecimientos que, en el transcurso de las sesiones terapéuticas, pueden activar los esquemas. El terapeuta puede provocar situaciones desen-

cadenantes de esquemas y comprobar directamente cómo actúan. Así, el terapeuta podría adoptar, en algún momento, un rol parecido al que manifestaba el padre del paciente (p. ej., una actitud despótica y autoritaria).

5. Evaluación del temperamento emocional

El temperamento individual es el responsable de la forma y el estilo con que cada persona maneja sus esquemas. Cada sujeto se caracteriza por un determinado perfil derivado de estas siete dimensiones:

- Lábil — No reactivo
- Distímico — Optimista
- Ansioso — Tranquilo
- Obsesivo — Distraído
- Pasivo — Agresivo
- Irritable — Complaciente
- Tímido — Sociable

6. Otros métodos de evaluación

Se refiere a cualquier proceso o circunstancia que sirva para poder desencadenar los esquemas del paciente. Entre ellos pueden resultar útiles los siguientes: ••

- Análisis de acontecimientos recientes
- Contextos de terapia grupal
- Lecturas y películas relacionadas con los ETD
- Sueños que contengan una cierta carga emocional

7. Instrucción sobre los ETD

Se explica al paciente qué es un esquema y de qué manera influye sobre su vida. Mediante la discusión, lecturas asignadas y autobservación se pretende que el paciente asimile todos los conceptos referentes a los ETD y, al mismo tiempo, se sienta motivado para su "batalla" contra ellos. Especialmente se recomienda al paciente que lea el manual de autoayuda "Reinventando tu vida" *(Reinventing your life;* Young y Klosko, 1994). Por último, se revisa también con el paciente los resultados del Cuestionario de Esquemas, prestando atención a aquellos ítems que han obtenido puntuaciones altas de 4 a 6. En este momento es cuando el terapeuta debe conectar las respuestas dadas al cuestionario con los problemas actuales que plantea el sujeto.

8. Formulación del caso

Toda la información recogida en este proceso debe quedar integrada en un todo coherente (véase el cuadro 19.1) que servirá para que el terapeuta pueda explicar, a sí mis-

Cuadro 19.1. *Formulación y conceptualización del caso.*

Información básica
Terapeuta:
Paciente: Edad: Ocupación: Estado civil:
Hijos (edades y sexo): Estudios:

Esquemas relevantes
1:
2:
3:
4:
5:

Problemas actuales
Problema 1:
Esquema vinculado:
Problema 2:
Esquema vinculado:
Problema 3:
Esquema vinculado:

Circunstancias y conductas desencadenantes de los ETD
1:
2:
3:
4:

Gravedad de los esquemas, conductas de afrontamiento y modos; riesgo de descompensación

Posibles factores temperamentales

Orígenes y desarrollo

Recuerdos y/o imágenes significativas de la infancia

Distorsiones cognitivas básicas

Conductas de rendición

Conductas de evitación

Conductas de compensación

Modos de esquema relevantes

Relación terapéutica

mo y a su paciente, la génesis y desarrollo del problema. Las conclusiones aportadas en esta fase diagnóstica tienen un gran valor terapéutico por sí mismas, pues supone, para el paciente, la identificación y el desenmascaramiento de toda su problemática vital. En nuestra práctica clínica hemos comprobado cómo ciertos pacientes no pueden asimilar tanto caudal de información y, por ello, decidimos aportarle una información adaptada capaz de resumir el proceso diagnóstico (véase el cuadro 19.2).

Cuadro 19.2. *Información diagnóstica adaptada.*

1. Esquema:
2. ¿En qué consiste ? *(Descripción)*
3. ¿Cómo actúo en relación a este esquema ? *(Procedimiento del Esquema)*
4. ¿Qué experiencias pasadas están en relación con este esquema? *(Infancia)*
5. ¿Qué acontecimientos posteriores y actuales guardan relación con este esquema?
6. ¿Qué pensamientos tengo cuando se activa este esquema?
7. ¿Qué emociones experimento cuando se activa este esquema?
8. ¿Qué hago o dejo de hacer cuando se activa este esquema?
9. ¿Qué consecuencias está produciendo a largo plazo la vigencia de este esquema?

19.7.2. Cambio de esquemas

Esta fase es la que resulta más prolongada y laboriosa, ya que aborda la sustitución de unos patrones de comportamiento muy arraigados y resistentes al cambio. Dicho cambio terapéutico, dirigido a la modificación de los ETD, no está basado en una única técnica sino que se hace una propuesta de diferentes técnicas emocionales, interpersonales, cognitivas y conductuales con el objetivo de adaptar a cada caso en particular aquellas que se consideren más oportunas y eficaces. En este proceso hay que tener muy en cuenta que una modificación de los esquemas puede ser fácilmente constatada en el sujeto más a nivel teórico

que empírico, pues es en el plano de la experiencia vital donde los patrones de comportamiento son más difíciles de sustituir debido a la fuerte habituación y arraigo de los mismos.

• *Técnicas cognitivas*

El grupo de técnicas aquí utilizadas se derivan directamente, salvo escasas innovaciones, del modelo cognitivo empleado por Beck. Su utilización debe considerarse a largo plazo, ya que el objetivo es la modificación de estructuras cognitivas muy profundas. Este proceso incluye:

1. Cuestionamiento de la validez de los esquemas

Se trata de cuestionar la validez del esquema mediante el examen de las pruebas que se dan a favor y en contra del esquema. Los acontecimientos y las evidencias que se analizan hacen referencia a lo ocurrido a lo largo de toda la vida del paciente y no sólo de las experiencias recientes. Para ello se confecciona un listado con las pruebas que, desde el pasado, sustentan y refutan la validez del esquema. Este último listado resulta más complicado de confeccionar por parte del paciente, ya que toda la información que contradice el esquema ha estado siendo sistemáticamente negada o ignorada.

2. Reformulación de las pruebas que sustentan el esquema

Ésta es una fase posterior donde el objetivo será que el paciente pueda descubrir una explicación alternativa o una forma de visión diferente respecto a lo que le ha ocurrido a lo largo de su vida. Se trata de encontrar causas o atribuciones diferentes sobre las experiencias que han estado confirmando la validez del esquema. Inicialmente se revisa toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente, etc. De igual forma, se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas.

3. Evaluación de las ventajas e inconvenientes de los estilos de afrontamiento

El paciente y el terapeuta confeccionan en un listado las ventajas e inconvenientes que terminan por producir los estilos de afrontamiento que utiliza el paciente en cada uno de los esquemas que le dominan. El paciente debe comprender que sus estilos de afrontamiento pudieron resultar útiles durante la infancia pero no en la edad adulta, donde estas formas de actuar son incompatibles con la felicidad y el bienestar.

4. Diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema

Esta técnica adaptada de la Gestalt (“la silla vacía”) sitúa al terapeuta actuando como si fuese la alternativa saludable y al paciente como si fuese la alternativa del esquema, de-

batiendo entre los dos la validez de lo que cada uno representa. El terapeuta responderá con preguntas socráticas a cada uno de los argumentos que esgrime la parte del esquema. Los papeles pueden ir intercambiándose al tiempo que el terapeuta puede ir moldeando las intervenciones del paciente cuando éste actúa en el "lado saludable". El objetivo es que el paciente aprenda a asimilar y desarrollar el rol de la "alternativa saludable".

5. Tarjetas de aviso *(Flash Cards)*

Ésta es una estrategia útil para aquellos momentos en que el esquema es activado y el sujeto se ve impotente para contrarrestarlo. Se trata de hacer una o varias tarjetas por cada esquema en donde se especifican las contraargumentaciones y conductas más eficaces que pueden anular al esquema (véase el cuadro 19.3). El paciente debe llevarlas siempre consigo y acudir a ellas antes o durante los instantes en que el esquema se activa.

Cuadro 19.3. *Tarjeta de aviso* **("Flash Card").**

Reconocimiento de los sentimientos actuales

Ahora mismo yo siento _____ (emoción) porque _____ (situación desencadenante)

Identificación del esquema

Sin embargo, yo sé que esto es probablemente mi esquema de _____ (esquema relevante) esquema que yo he aprendido a través de _____ (orígenes)

Este esquema me lleva a exagerar el grado en que _____ (pensamiento distorsionado)

Comprobación de la realidad

Aunque yo piense que _____ (pensamiento negativo)

la realidad es que _____ (pensamiento apropiado)

La evidencia de esta argumentación se ha podido comprobar cuando _____ (especificar ejemplos de situaciones ocurridas)

Instrucciones para actuar

Por tanto, aunque sienta la necesidad de _____ (conducta negativa) yo podría en cambio _____ (conducta alternativa apropiada)

6. Diario de los esquemas

Mediante esta técnica el paciente puede ir construyendo sus propias respuestas apropiadas mientras sus esquemas se activan en el transcurso de la vida cotidiana. El diario pide al paciente que identifique los acontecimientos desencadenantes, las emociones, los pensamientos, las conductas actuales, los esquemas, la perspectiva apropiada, las preocupaciones realistas, las conclusiones y las conductas saludables.

7. Técnicas experienciales

Algunas de estas técnicas están retomadas de la terapia gestáltica y tienen por objeto la reexperimentación emocional de acontecimientos pasados muy determinantes en la formación de los ETD. En este punto, el paciente ya ha podido comprobar racionalmente las pruebas que demuestran la falsedad de sus esquemas pero que aún siente como si fuesen verdaderos. Ahora se trata de que pueda combatirlos a nivel afectivo y emocional. Mediante estas estrategias se le brinda la oportunidad de reelaborar situaciones no resueltas, descargar sus sentimientos y emociones y comprobar cómo los ETD pueden activarse y contrarrestarse.

8. Imaginación de escenas y diálogos

Consiste en que el paciente imagine, con el mayor realismo posible, escenas relacionadas con sus padres u otras figuras relevantes, tanto del pasado como del momento actual. El primer objetivo que cumple esta tarea es comprobar la capacidad de imaginación del paciente y poder valorar el impacto que estas escenas y diálogos causan en él mediante la comprobación-observación de sus reacciones emocionales. Por otra parte, estas imágenes resultan útiles para identificar los esquemas, comprender sus orígenes en la infancia y ver su relación con los problemas presentes.

El segundo objetivo consiste en permitir al paciente que pueda adoptar y experimentar otras formas de afrontamiento diferentes a las dictadas por sus esquemas. Mediante estos diálogos en los que hay una intervención directiva del terapeuta, el paciente puede comprobar los diferentes modos de esquemas ("Niño vulnerable", "Adulto sano", "Padres disfuncionales", etc.). Se insiste en que el paciente exprese libremente y con energía sus sentimientos y que no se deje llevar por las directrices del esquema. Sería una forma de revivir situaciones difíciles y de tener la oportunidad de afrontarlas ahora de una forma diferente, expresando sus necesidades emocionales o su ira contra aquellos que le han perjudicado. Por otro lado, es conveniente cuidar de que el paciente no comience a tener animadversión hacia sus padres, ya que éstos son, con frecuencia, figuras clave en el desarrollo de los esquemas. Se le debe convencer de que el verdadero enemigo son los esquemas y que el responsable de éstos es él mismo.

9. Recuerdos traumáticos

Se pretende que el paciente pueda reexperimentar emociones y afectos bloqueados relacionados con experiencias traumáticas, generalmente de abuso o abandono. Esta técnica requiere especiales cuidados cuando se aplica con pacientes sensibles y con escaso autocontrol. El terapeuta debe ir despacio, dejando sus intervenciones para momentos cruciales. En la reexperimentación imaginaria de estas experiencias el paciente deberá esta vez actuar bajo el modo del "Adulto sano".

10. Cartas emocionales

Esta técnica, derivada de la terapia gestáltica, se aplica cuando al paciente no le es posible una ventilación asertiva de sus sentimientos y una reivindicación de sus derechos debido a que la persona implicada esta ausente (separación, muerte) o no presenta una adecuada abordabilidad para este objetivo (edad avanzada, enfermedad, etc.). Dicha ventilación puede llevarse a cabo mediante la confección de cartas o escritos dirigidos al otro en los que el paciente pueda expresarse libremente. Resulta beneficiosa la lectura sistemática de dichos escritos.

11. Ruptura de patrones conductuales en la imaginación

El paciente imagina o visualiza situaciones probables o futuras en las que actúa mediante patrones de conducta maduros y saludables (modo de "Adulto sano") en lugar de utilizar estrategias de evitación o compensación del esquema. •

• *La relación terapéutica*

La relación terapéutica sirve de plataforma para que los ETD se activen. Cuando esto ocurre, el clínico deberá estar alerta para identificar los signos de activación del esquema y así poder ayudar al paciente a comprobar sobre la marcha la acción del mismo. Desde este punto podrá ayudar al paciente a realizar una comprobación de la realidad, que desacredite el esquema, y a encontrar una explicación alternativa y más racional sobre el acontecimiento ocurrido.

Por otra parte, la relación terapéutica también se puede utilizar para que el terapeuta pueda adoptar el rol de alguna persona significativa en la vida del paciente, pero tomando una actitud distinta a la que determinó la formación del esquema. Sería algo así como revivir situaciones determinantes para la formación del ETD, pero tratando de que el resultado sea opuesto al contemplado por el esquema. Por ejemplo, un esquema de "Abandono" alertaría al terapeuta para que mostrase una actitud de seguridad y confianza hacia el paciente y, así, éste podría desacreditar la veracidad de dicho esquema. Esta modalidad requiere un alto grado de habilidades por parte del terapeuta, ya que en su transcurso deberá cuidar y adoptar diferentes roles en su relación con el paciente.

• *Técnicas conductuales*

Su utilización se destina a modificar aquellos patrones de conducta desencadenados por los ETD (conductas de rendición, evitación y compensación) y que los han estado reforzando. El terapeuta deberá animar y "ordenar" al paciente a que desarrolle conductas que el esquema ha estado negando sistemáticamente. El trabajo se inicia elaborando un listado en el que se especifican las conductas a eliminar y a implantar, al tiempo que se incluyen también las circunstancias vitales que requieren cambios (cambios provisionales de residencia, cambios laborales, nuevos hábitos, amistades, etc.) con el objetivo de proporcionar un marco distinto en el que poder llevar a cabo nuevos comportamientos.

Para conseguir un alto grado de motivación se recomienda comenzar primero por una revisión de las ventajas e inconvenientes que suponen las conductas típicas del paciente en comparación con las que se pretenden adquirir. Las técnicas que utilizamos para el cambio conductual pueden ser los siguientes:

1. Ensayos en la imaginación y Representación de papeles

El paciente deberá "visualizar" previamente en su imaginación escenas que requieran la utilización de nuevas conductas y cómo él las lleva a cabo con éxito. Posteriormente podrá ensayarlas actuando con el terapeuta al tiempo que éste puede moldearlas.

2. Asignación de tareas para casa

Confeccionar autorregistros en los que se debe señalar la conducta a realizar, cómo se llevó a cabo, cómo se sintió después y cuáles fueron las consecuencias. Posteriormente, se analizarán en terapia las actuaciones realizadas, reforzando sus logros y reajustando los aspectos que requieran mejora.

3. Utilización de tarjetas de aviso

Éstas se centran en la conducta que se ha de utilizar por el paciente en situaciones programadas o bien cuando aparece un bloqueo que le impide actuar de forma apropiada. La tarjeta debe contener datos referidos a la situación, identificación de los esquemas, análisis realista de la situación y conductas saludables a desarrollar.

En muchos casos, puede observarse que el paciente, a pesar de estar muy motivado para el cambio, termina por bloquearse cuando tiene que iniciar una nueva conducta. Estas resistencias pueden contrarrestarse mediante estrategias tales como la imaginación de escenas, en las que se produce el bloqueo, para que el terapeuta pueda observar qué ocurre exactamente en el momento en el que el paciente se bloquea y cómo vencer ese obstáculo. Otra forma puede ser la elaboración de diálogos, conducidos por el terapeuta, entre el "obstáculo" y el "lado sano del paciente". Igualmente se pueden confeccionar "tarjetas de aviso" con instrucciones específicas para el bloqueo. Otras formas recomendadas para vencer los obstáculos pueden ser la reasignación de tareas menos difíciles o la aproxima-

ción gradual hacia conductas cada vez más complejas para el paciente. Por otro lado, el incremento de contingencias y autorrefuerzos con base en los logros conseguidos, pueden motivar al paciente para vencer los obstáculos iniciales con que se encuentra.

19.8. Conclusiones y tendencias futuras

El modelo de la *terapia de esquemas* de Jeffrey Young, derivado básicamente de la terapia cognitiva de Beck, permite suplir las limitaciones que esta terapia encuentra en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Así, el nuevo concepto de Esquema Temprano Desadaptativo y los estilos de afrontamiento vinculados a éste permiten profundizar, aún más, en la génesis de las creencias y distorsiones cognitivas que modulan la conducta inadaptada. Los métodos de exploración que se recomiendan para indagar en los orígenes infantiles de los ETD suponen un novedoso complemento a la mera utilización de cuestionarios y autoinformes. No obstante, cabe señalar, y así lo hemos comprobado en la práctica clínica, que no todos lo sujetos pueden ajustarse a un diagnóstico basado en los ETD. En muchos casos no se puede detectar la presencia de ETD en el espectro cognitivo del individuo o bien éstos no parecen estar relacionados con experiencias de la infancia. Tal condición resulta ser necesaria y limita de forma significativa la adaptación de este modelo hacia determinados pacientes. Por otro lado, resulta evidente también que su insuficiente, por lo novedoso, utilización en el ámbito clínico no ha permitido más que escasos reajustes y modificaciones metodológicas.

Respecto a la intervención terapéutica, la "terapia de esquemas" permite modificar todos los aspectos relacionados con los ETD -conductuales, cognitivos, interpersonales y emocionales— adaptando al paciente el empleo de diferentes técnicas más o menos propicias según el caso. Cabe destacar que la terapia de esquemas supone una nueva aportación no sólo al tratamiento de los trastornos de la personalidad sino también al abordaje de trastornos crónicos y de casos de pacientes difíciles con una larga historia de atención psicoterapéutica. De esta forma, el objetivo de modificar patrones profundos y muy arraigados de conducta nos aproxima a la recuperación total del paciente, minimizando el riesgo de posibles recaídas.

La circunstancia de que este enfoque suponga un novedoso avance en el grupo de terapias de orientación cognitivo-conductual supone que, actualmente, no existan suficientes estudios de validación y que algunas prometedoras aplicaciones en trastornos tales como la depresión o la fobia social sean sólo, de momento, una fascinante línea de investigación.

20

El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual

Azucena García Palacios
Universitat Jaume I, Castellón (España)

20.1. Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) constituye uno de los retos más complejos con los que puede enfrentarse un clínico. Se trata de un trastorno en el que aparecen afectadas áreas de funcionamiento fundamentales: la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos. Como el lector estará pensando, ésta sería la característica esencial de un trastorno de la personalidad en general. Lo específico del trastorno límite es la inestabilidad persistente que aparece en todas esas áreas.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) describe al TLP como "un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos" (p. 760). Se pueden ver más características clínicas del trastorno en el capítulo 6 de este mismo volumen.

Este patrón de funcionamiento es altamente disfuncional y provoca un gran malestar. La inestabilidad emocional crónica que caracteriza a estos pacientes hace que se encuentren en un estado de sufrimiento casi constante. La falta de control sobre sus impulsos y sus emociones les acarrea muchos problemas interpersonales, incluso, y sobre todo, con las personas más queridas, que van seguidos habitualmente de sentimientos de culpabilidad intensos. Los problemas de autoimagen e identidad son comprensibles ya que no existe un patrón de funcionamiento estable. Parece que estos individuos no han podido formar un conjunto integrado de esquemas sobre sí mismos (Caballo, 2001b). La inestabilidad e impulsividad persistente pueden explicar por qué estos pacientes viven en una constante incertidumbre sobre su propia identidad. Los pacientes límite pueden parecer desde desvalidos e incapaces de tomar las riendas de sus vidas hasta altamente competentes. El problema está en que pueden presentarse ambos patrones extremos en un mismo individuo, pero difícilmente se encuentra un punto intermedio. Éste parece ser el drama de las personas que sufren un TLP, su dicotomía cognitiva y emocional. Veremos más adelante

cómo esta característica constituye uno de los puntos clave de la conceptualización del trastorno y del programa de tratamiento del que trata el presente capítulo.

El TLP presenta un alta comorbilidad con otros trastornos mentales de Eje I, principalmente trastornos del estado de ánimo, problemas relacionados con sustancias psicoactivas, trastornos alimentarios, trastorno de estrés postraumático y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Presenta también comorbilidad con otros trastornos de la personalidad (APA, 2000). En los últimos años se ha producido un aumento del interés por este trastorno, debido, sobre todo, a la constatación de la elevada frecuencia del mismo en los centros de asistencia psiquiátrica y al riesgo de autolesión y suicidio inherente a este problema. Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son frecuentes en la población con TLP. Entre un 70 a 75% presentan una historia de al menos un acto de autolesión (Cowdry, Picar y Davis, 1985). El suicidio consumado se observa en un 8-10% de los casos (APA, 2000).

Pese a la gravedad de este trastorno y a las consecuencias potencialmente dañinas, el desarrollo y puesta a prueba de estrategias de intervención eficaces para el mismo es escaso. Constituye un problema muy difícil de tratar. Los logros terapéuticos son lentos y se producen abandonos y recaídas con mucha frecuencia. Estas razones son las que han impulsado el estudio, en los últimos años, del abordaje de este trastorno. Existen algunas, más bien pocas, aproximaciones terapéuticas a este problema (véase Caballo, 2001c para una revisión).

En este capítulo presentamos un programa de tratamiento cognitivo-conductual para este trastorno. Se trata de la *terapia dialéctica conductual* desarrollada por la Dra. Marsha Linehan y su grupo de investigación en la Universidad de Washington en Estados Unidos. Una descripción exhaustiva de su conceptualización y programa de tratamiento puede encontrarse en sus libros *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* y *Skills training manual for treating borderline personality disorder,* ambos publicados por Guilford en 1993.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una visión amplia de este programa de tratamiento. En primer lugar, se esboza la teoría dialéctica que sustenta la intervención, para, posteriormente, adentrarse con mayor profundidad en el programa. Se plantea una visión general del mismo, analizando el formato de aplicación del tratamiento y describiendo las estrategias esenciales. Para finalizar, se ofrecen algunas conclusiones sobre el contenido del capítulo.

20.2. Teoría dialéctica del trastorno límite de la personalidad

Linehan propone una aproximación biosocial para explicar el trastorno límite de la personalidad (TLP). Su modelo enfatiza la interacción entre influencias biológicas e influencias del aprendizaje social, de forma similar al enfoque biosocial de Millón en su conceptualización de la personalidad cicloide (Millón, 1987a). Además, asume una perspectiva basada en la filosofía dialéctica para entender el trastorno. A continuación se describe el modelo dialéctico de Linehan (1993a).

20.2.1. *Áreas problemáticas en el trastorno límite de la personalidad. Reorganización de los criterios diagnósticos*

En primer lugar, Linehan realiza una reorganización de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), con lo que determina las áreas problemáticas que más tarde se convertirán en las metas principales de su programa de tratamiento. Esas áreas son:

1. *Disjunción emocional.* **Los pacientes con un TLP presentan muchas dificultades en la regulación de sus emociones. Tienen una alta reactividad emocional y sufren episodios depresivos, irritabilidad, ira o ansiedad frecuentemente. Asimismo, presentan muchas dificultades en la modulación de sus emociones. Reaccionan de forma intensa y les resulta muy difícil retornar a la línea base emocional.**
2. *Disjunción interpersonal.* **Estos individuos mantienen relaciones interpersonales caóticas con bastante frecuencia. Las relaciones suelen ser intensas y cambiantes, pasando de la idealización al odio con relativa facilidad. Les resulta muy difícil dar por terminada una relación y realizan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.**
3. *Disjunción comportamental.* **En esta área es importante destacar la impulsividad y las conductas suicidas, que están muy relacionadas (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 2000). Los comportamientos suicidas en estos pacientes comprenden un amplio abanico de manifestaciones que van desde autolesiones, en las que no se pone en peligro la vida del sujeto (quemaduras de cigarrillo, pequeños cortes, etc.), hasta intentos graves de suicidio, en los que la vida está en grave peligro (sobredosis, apuñalamiento, etc.). Las conductas suicidas en el paciente límite están muy relacionadas con la disfunción emocional que presentan, ya que, en muchas ocasiones, se llevan a cabo para aliviar o acabar con el dolor emocional que sufren, lo que, asociado a la marcada impulsividad, hace que el riesgo de autolesiones importantes sea elevado.**
4. *Disjunción cognitiva.* **El pensamiento aparece alterado en estos pacientes. Una característica muy importante es un patrón de pensamiento dicotòmico. Cognitivamente, es muy frecuente encontrar creencias e ideas rígidas y dicotómicas, del tipo blanco o negro. Por ejemplo, "si el terapeuta se va de vacaciones es que no le intereso, no se preocupa por mí", "o estás conmigo o estás contra mí". Otras alteraciones cognitivas que pueden aparecer de forma transitoria y como respuesta al estrés son la disociación o las ideas delirantes.**
5. *Alteraciones de la identidad.* **Una última área problemática son los problemas respecto a la autoimagen. Aquí se incluirían los sentimientos crónicos de vacío y la incertidumbre en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, su imagen corporal u otros aspectos del sentido del sí mismo.**

20.2.2. *La perspectiva dialéctica*

El modelo y el programa de tratamiento está basado en una perspectiva dialéctica. Linehan (1993a) se refiere al enfoque filosófico que subyace a la teoría socioeconómica de

Marx y Engels (1970), a la teoría de la evolución científica de Kuhn (1962) o las teorías evolucionistas (Levins y Lewontin, 1985), entre otras. La adopción de este enfoque en el estudio del TLP fue resultado de la experiencia clínica de Linehan con la población de pacientes límite al aplicar técnicas cognitivo-comportamentales. En la aplicación de estas técnicas, Linehan y su equipo observaron que, además de las técnicas cognitivo-conductuales clásicas, era necesario aplicar técnicas paradójicas, entre las que se incluían exagerar las conclusiones absolutistas hasta caer en el absurdo, un énfasis en la aceptación más que en el cambio y una alternancia entre un estilo terapéutico confortador y uno irreverente y confrontador.

Estas técnicas, según Linehan, tenían que ver con un enfoque dialéctico. Esta aproximación "dialéctica" se ve reflejada en la reflexión sobre en qué consiste la terapia con estos pacientes. Linehan utiliza una imagen para proporcionarnos una mayor claridad descriptiva (Linehan, 1993a). Para esta autora, la esencia de la terapia es la siguiente: el paciente y el terapeuta se encuentran en los extremos opuestos de un balancín y están conectados por la tabla que conforma dicho balancín. La terapia consiste en que el terapeuta y el paciente se muevan arriba y abajo y delante y atrás hasta conseguir un equilibrio. Una vez conseguido, se accede a un nivel superior, en el que hay otro balancín, y así sucesivamente. El problema con los pacientes límite es que el balancín es una caña de bambú que se encuentra sobre un cable en lo alto del cañón de Colorado y donde el terapeuta y el paciente se hallan en extremos opuestos. Así, si el paciente se mueve hacia atrás, el terapeuta se moverá a su vez hacia atrás para equilibrar, pero si el paciente se mueve de nuevo hacia atrás y el terapeuta también, se corre el riesgo de caer al vacío. El terapeuta debe mantener ese equilibrio pero moviéndose hacia el centro, no hacia los extremos. Es decir, según este enfoque, se busca conseguir llegar a la síntesis partiendo de polos opuestos. Se busca encontrar la integración entre polos opuestos (emociones, deseos, creencias, etc.). Para ello, son necesarios movimientos rápidos y "contraataques" por parte del terapeuta.

Según Linehan, una perspectiva dialéctica tiene tres características principales:

En primer lugar, el principio de *interrelación y globalidad.* La dialéctica asume una perspectiva sistèmica de la realidad. El análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. En segundo lugar, se encuentra el principio de *polaridad.* La realidad se compone de fuerzas opuestas, tesis y antítesis, de cuya integración o síntesis se origina un nuevo conjunto de fuerzas opuestas. El último principio es el de *cambio continuo.* La realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse y, así, tiene lugar un proceso de cambio continuo.

El TLP puede entenderse como un fracaso dialéctico. Veamos cómo.

Las personas que sufren este trastorno suelen moverse entre tesis y antítesis, es decir, entre opuestos. Una de sus características es que mantienen posiciones rígidas y contradictorias y son incapaces de integrar distintas posiciones. Tienden a ver la realidad en categorías polarizadas y rígidas, sin admitir que es posible la integración. Esta dicotomía en sus cogniciones, en su esfera afectiva, en sus relaciones interpersonales, es inamovible, lo que podría ayudar a entender su malestar emocional intenso: "Las cosas son así de ma-

las y, además, no se pueden cambiar". Vemos aquí un fracaso en los principios de polaridad y de cambio continuo de la teoría dialéctica.

Otra característica de los pacientes límite son sus problemas de identidad. Experimentan sensaciones crónicas de vacío, se sienten separados del entorno y de los demás, a veces, de forma tan intensa, que sufren episodios disociativos. Desde una perspectiva dialéctica, estamos frente a un fracaso con respecto al principio de globalidad e interrelación. Los pacientes límite no se sienten parte del todo, ni son capaces de integrarse en los sistemas que componen el funcionamiento cotidiano, como la familia, los amigos, la pareja, etc.

Los pacientes límite presentan patrones de funcionamiento dicotómicos, que constituyen opuestos que no son capaces de integrar. La terapia dialéctica conductual tiene, entre sus objetivos, la solución o integración de dichos patrones opuestos. Uno de los más característicos lo constituyen, en un polo, los comportamientos de victimización en los que el paciente se siente indefenso, culpa de lo que le pasa a los demás y demanda que sean los demás quienes solucionen sus problemas y tomen las riendas de su vida. Es lo que Linehan denomina "pasividad activa". En el otro polo, denominado "competencia aparente", el paciente aparece como alguien capaz de afrontar sus problemas, de poder "comerse el mundo" sin necesidad de los demás, por lo que se aparta de ellos. Otro de estos patrones característicos se refiere a la afectividad. En un polo encontramos las crisis extremas, que consisten en la expresión de emociones intensas y en la dificultad para modularlas. En el otro extremo está la inhibición de la aflicción, es decir, la evitación o inhibición de la experiencia y la expresión de emociones dolorosas e intensas, con lo que aparecen como indiferentes o afectivamente fríos ante acontecimientos dolorosos como la pérdida de un ser querido. El problema de los pacientes límite es que pueden encontrarse en ambos polos opuestos. Su drama es que no son capaces de encontrar un término medio, con lo que su funcionamiento cotidiano resulta caótico para ellos mismos y para los demás.

20.2.3. *El modelo biosocial*

El modelo asume que el TLP constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. La disfunción en la regulación emocional se traduce en una *alta vulnerabilidad emocional* unida a dificultades importantes en la modulación de los afectos.

La vulnerabilidad emocional se refiere a que el individuo presenta una elevada sensibilidad ante los estímulos emocionales, es decir, tiene un umbral muy bajo para reaccionar emocionalmente. Un ejemplo podría ser la sensación que experimentan los familiares de estos pacientes de que tienen que "caminar sobre huevos", es decir, tener mucho cuidado con lo que hacen o dicen porque puede provocar una reacción emocional intensa en el individuo. Además de ese bajo umbral, presentan una tendencia a experimentar emociones intensas. Es decir, en vez de tener miedo, experimentan pánico; en vez de sentir vergüenza, sienten humillación, etc. Por último, una vez se encuentran en ese

estado de intensa emoción, resulta muy difícil volver a su línea base emocional. Este hecho tendría que ver con las teorías cognitivas de la emoción (p. ej., Bower, 1981), que señalan que la emoción tiene un efecto sobre los procesos cognitivos. Es decir, a mayor intensidad emocional se estrecha el centro de atención, con lo que los estímulos que provocaron la emoción se vuelven más acentuados, haciéndose más difícil no fijarse en ellos, lo que provoca una retroalimentación de la emoción.

Las dificultades en la modulación emocional están relacionadas con esa alta reactividad. Existen estrategias para modular las emociones. Una es identificar y etiquetar los afectos. Esto contribuye a que aprendamos a reconocerlas y a experimentarlas, con lo que se hace más fácil su regulación. Otra estrategia se refiere a aprender a inhibir los estímulos emocionales relevantes que sirven para reactivar y aumentar las emociones negativas o disfuncionales. Gottman y Katz (1990) enumeran las habilidades que nos permiten modular las emociones. En primer lugar, la capacidad de inhibir conductas inapropiadas relacionadas con alto afecto positivo o negativo. En segundo lugar, la habilidad para regular la activación fisiológica asociada a las emociones. En tercer lugar, ser capaces de refocalizar la atención en presencia de afecto intenso; y, en cuarto lugar, ser capaces de utilizar estrategias para realizar acciones al servicio de una meta externa no dependiente del estado de ánimo. Los pacientes límite presentan un déficit importante en habilidades de regulación emocional. Pese a que experimentan emociones muy intensas, suelen tener muchas dificultades en identificar y, sobre todo, etiquetar las emociones. Las emociones son tan aversivas para estos pacientes que, como estrategia para afrontar las crisis emocionales, muchas veces optan por la evitación de las mismas.

Una de las consecuencias de la evitación, como sabemos por el estudio de los trastornos de ansiedad, es que, al no enfrentarnos a lo que tememos, por una parte, el temor persiste y, por otro, no nos permitimos conocer aquello que tememos. El problema con los afectos es que para poderlos modular es necesario identificarlos, etiquetarlos y conocerlos. La evitación emocional produce en muchas ocasiones un desconocimiento de las propias emociones. Nos encontramos a menudo con que los pacientes límite, pese a sus intensas manifestaciones emocionales, presentan un elevado "analfabetismo" respecto a sus afectos.

En resumen, el TLP se caracteriza por una gran vulnerabilidad emocional que se traduce en un umbral emocional bajo, falta de habilidades en la modulación emocional, tendencia a sentir los afectos de forma intensa y dificultades en el regreso a la línea base emocional.

El otro aspecto importante de la teoría de Linehan es el *ambiente invalidante*, referido, fundamentalmente, a patrones de crianza que no validan las expresiones emocionales del niño vulnerable. La característica fundamental de este tipo de ambiente es que emite respuestas erráticas, inapropiadas o no contingentes a la comunicación de las emociones y experiencias íntimas. Cuando se produce una expresión emocional intensa, el ambiente hace ver al individuo que se equivoca en su descripción y análisis de la experiencia emocional y se atribuye su forma de expresar emociones a características de la personalidad socialmente inaceptables. Suelen ser ambientes intolerantes a la expresión de afecto negativo y dan mucha importancia a hacer ver que todo va bien,

que uno, si quiere, puede controlar sus emociones, que hay que tener una actitud positiva. Si eso no se cumple, reacciona con críticas, desaprobación y exigencias respecto a cambiar ese patrón.

El problema surge cuando el individuo es vulnerable emocionalmente, es decir, cuando tiene dificultades y falta de habilidades para controlar sus emociones. Las consecuencias son las siguientes:

En primer lugar, el ambiente no enseña al niño a etiquetar sus experiencias íntimas ni a modular la expresión emocional. No se reconocen los problemas emocionales del niño, se le dice que se controle, que no está bien la manera en que expresa sus afectos, que no sabe reaccionar ante los acontecimientos. Es decir, se le pide que cambie, pero no se le enseña cómo. Linehan (1993a) lo describe como decirle a un niño sin piernas que camine, pero sin proporcionarle muletas o piernas artificiales.

En segundo lugar, el ambiente simplifica en exceso la facilidad de resolver los problemas vitales. Mensajes tales como "no es tan difícil", "si se quiere, uno puede controlarse", favorecen que no se planteen metas realistas y que sea difícil tolerar el malestar.

En tercer lugar, en un ambiente invalidante, muchas veces son necesarias expresiones emocionales extremas para provocar una respuesta de apoyo. El ambiente castiga la expresión de emociones negativas, pero refuerza, de forma intermitente, las expresiones emocionales muy extremas. Esto hace que el niño aprenda a oscilar entre la inhibición emocional y estados emocionales extremos.

Por último, el niño no aprende a confiar en sus propias emociones como respuesta a interpretaciones correctas de acontecimientos personales. El ambiente le dice que se equivoca y el individuo acaba invalidando sus propias emociones.

En un niño con una alta vulnerabilidad emocional este ambiente crea una competición continua entre lo que el ambiente dice y lo que él siente, llevándole a un estado de frustración y de sentimientos de culpabilidad por no ser capaz de cumplir las expectativas del ambiente.

Linehan (1993a) señala algunos perfiles de familias invalidantes. La familia "caótica", caracterizada por dificultades graves como problemas económicos, abuso de sustancias psicoactivas o relaciones inestables entre sus miembros. Es una familia que dedica poca atención a los niños. Se invalidan o no se les da importancia a las necesidades de los niños. Otro perfil es el de la familia "perfecta", es decir, aquella que no puede tolerar la expresión de afecto negativo, con padres muy centrados en sí mismos y en hacer que todo vaya bien, por lo que se recriminan o castigan las expresiones afectivas de un niño con vulnerabilidad emocional. Un último patrón es la familia "típica", producto de la sociedad occidental en la que se marcan muy claramente los límites entre el individuo y el ambiente y se enfatiza el control emocional. Linehan denomina a este patrón familiar el *"American way syndrome"* ("Síndrome de la forma de vida estadounidense").

Como conclusión, podemos decir que el modelo de Linehan se fundamenta en la relación entre una alta vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante como mecanismo clave del desarrollo de un TLP (véase figura 20.1). Esta interacción produce una inestabilidad emocional, que constituye el área más problemática de este trastorno. A su vez, las disfunciones en el área comportamental, interpersonal, cognitiva y de identidad

constituyen intentos por controlar la emoción o por conseguir el apoyo del ambiente. La inestabilidad emocional es el problema que el individuo quiere resolver y los intentos de solución se convierten en la fuente de sus problemas. Algunas conductas límite, como, por ejemplo, las conductas autolesivas, son, en muchas ocasiones, intentos desadaptativos de regular el afecto intenso. Una sobredosis puede hacer que pare la emoción intensa y consiga dormir o un intento de suicidio puede hacer que consiga el apoyo de la familia o de los profesionales.

La terapia dialéctica conductual se fundamenta en esta perspectiva biosocial del TLP. El objetivo fundamental es reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes y proporcionar las habilidades necesarias para la regulación de las emociones, lo que repercutirá en una mejoría en el tratamiento de las relaciones interpersonales, el control de conductas impulsivas o desadaptativas, la flexibilización de los pensamientos y creencias y el afianzamiento de un sentido de la identidad personal. A continuación nos centraremos en la descripción y el análisis del programa de tratamiento de Linehan.

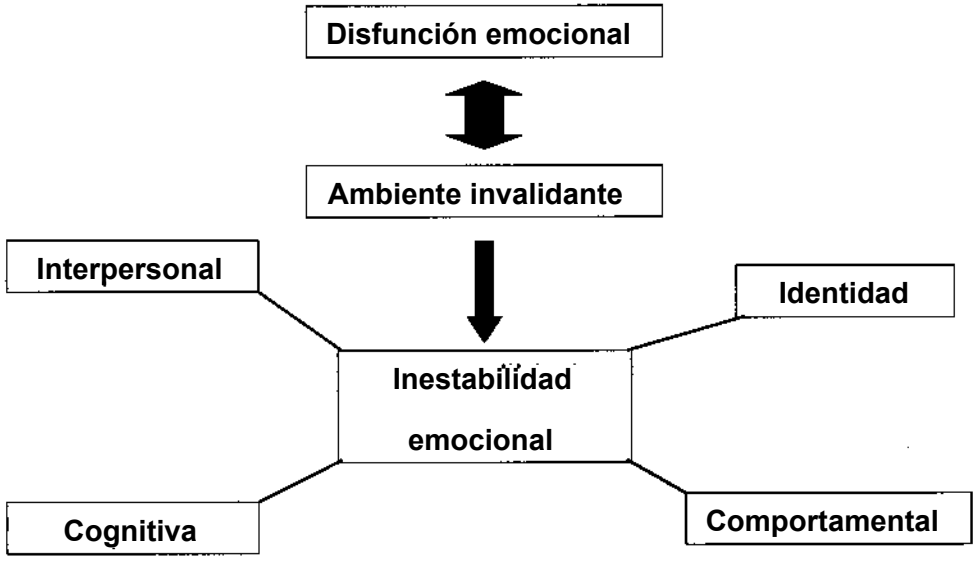


Figura 20.1. Teoría biosocial del trastorno límite de la personalidad.

20.3. La terapia dialéctica conductual

20.3.1. *Visión general del tratamiento*

La terapia dialéctica conductual se centra en el entrenamiento de habilidades y en la validación de las capacidades del paciente. Los objetivos fundamentales son, por una parte, que el paciente aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra, que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y actividades.

A mi juicio, uno de los aspectos más innovadores de la terapia de Linehan para el tratamiento del TLP es el cambio de objetivo en la terapia. La terapia cognitivo-conductual clásica se centra en conseguir la solución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí conseguir el cambio.

Según el modelo de esta autora, los individuos con este trastorno han sufrido la invalidación por parte del ambiente. Uno de los mensajes que han recibido se refiere a que su forma de comportarse, pensar y sentir es errónea y, por tanto, tienen que cambiar. Cuando se presenta un tratamiento cognitivo-conductual a este tipo de pacientes se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente. Les transmitimos que algo funciona mal en ellos y que la terapia sirve para cambiarlo. Esto puede causar frustración, bajas expectativas de cambio y que adopten una actitud defensiva respecto a la terapia. Es lo que llevan intentando hacer toda su vida, cambiar, pero no les da resultado. Linehan se dio cuenta de ello al intentar tratar a estos individuos con técnicas cognitivo-conductuales clásicas. Esto le llevó a enfatizar, como primer paso, la aceptación de los problemas emocionales del paciente y de la validación de sus capacidades, para, a partir de ahí, conseguir el cambio. Para clarificar este punto, utilizaremos, como ejemplo, un tema muy delicado como es la reducción de las conductas suicidas, que constituye un objetivo primordial en el tratamiento de estos pacientes. Suelen tener la creencia de que su vida no vale la pena, que es mejor acabar con ella. El terapeuta puede plantearse, ¿es ésta una idea irracional que hay que cambiar? Frecuentemente, nos encontramos con que las vidas de los pacientes límite son caóticas. No son capaces de mantener relaciones interpersonales estables, tienen muchas dificultades en convivir con los demás, les resulta muy difícil realizar actividades continuadas, asumir responsabilidades como el cuidado de los hijos, el compromiso con la pareja, etc. y es frecuente que el sufrimiento emocional sea una constante en sus vidas. Es decir, la idea de querer acabar con sus vidas puede no ser tan irracional, ya que sus vidas, como las están viviendo, son una fuente de dolor y de problemas importantes. Quizá no sea adecuado transmitir al paciente que su idea es irracional o exagerada e involucrarnos en las técnicas de reestructuración cognitiva que se utilizan para, por ejemplo, el tratamiento de la depresión, donde, objetivamente suelen existir buenas razones para vivir y lo que ocurre es que se dan una serie de errores en la interpretación de los acontecimientos. Según el planteamiento de Linehan, en los pacientes límite sería

adecuado, en primer lugar, validar esa idea, es decir, transmitir al paciente que es comprensible que no quiera seguir porque su vida, como la está viviendo, es una fuente de dolor. Es decir, validamos su creencia y sus sentimientos ante su vida y, a partir de ahí, se introducen elementos de cambio. Le transmitimos al paciente que el suicidio para él puede ser una solución a sus problemas, pero entendemos que puede haber otras soluciones y le invitamos a explorar con nosotros maneras de conseguir que su vida sea una vida que valga la pena ser vivida. Se analizan los aspectos que hay que trabajar, las habilidades que hay que entrenar para conseguir dicho objetivo, es decir, se planifican los objetivos terapéuticos.

Se trata de crear un contexto de validación, es decir, reconocer y validar las capacidades, creencias, emociones y recursos que posee el paciente y, a partir de ahí, cambiar los aspectos desadaptativos que convierten su vida en un caos.

Linehan considera que el cambio terapéutico sólo puede ocurrir en el contexto de la aceptación, por lo que otorga a este aspecto un papel fundamental en su programa de tratamiento.

Por otro lado, no hay que confundir la aceptación y la validación con una actitud paternalista hacia el paciente o una excesiva permisividad. Se trata de entender y transmitir al paciente que su patrón de funcionamiento obedece a un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos de solucionar el problema por parte del individuo. Sin embargo, esto no es suficiente. Ese patrón está causando dolor al individuo y a su entorno y hay que dar pasos para aprender a modular las emociones, controlar la impulsividad, utilizar habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, etc. Esto sólo es posible con la colaboración activa del paciente.

Volviendo al ejemplo de la persona sin piernas, reconocemos lo difícil que es caminar si no se tienen piernas y no culpabilizamos al individuo porque no camine. Le proporcionamos unas muletas o unas piernas artificiales y le enseñamos cómo utilizarlas para caminar. Pero es él el que tiene que levantarse y practicar hasta que pueda caminar, y una vez aprenda, caminar sin guía. Quizá no llegue nunca a caminar como si sus piernas fueran de carne y hueso, pero podrá hacerlo y desenvolverse mejor en su vida.

Al clínico no le será extraño este aspecto de la aceptación y validación como paso previo para conseguir el cambio o como elemento para consolidar una buena relación terapéutica, ya que es una estrategia usual en el proceso de la terapia. Lo innovador de Linehan en el ámbito del tratamiento del TLP es que lo hace explícito y lo plantea como una estrategia fundamental en su programa de tratamiento (véase figura 20.2).

Adentrándonos ya en el programa de tratamiento, Linehan plantea una serie de pasos generales que se describen a continuación (véase el cuadro 20.1):

1. Preparar el escenario

Los objetivos fundamentales de este primer estadio son comunes a cualquier psicoterapia, es decir, por un lado establecer las metas y orientar al paciente hacia la terapia, y, por otro, establecer la relación terapéutica.

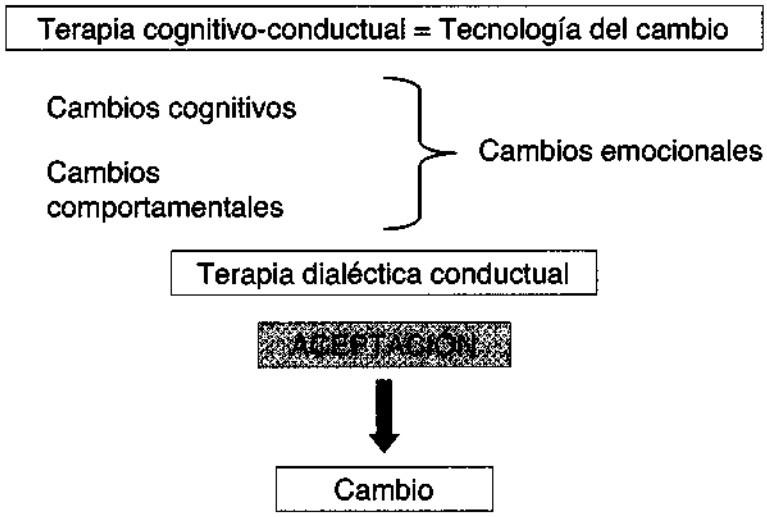


Figura 20.2. La aceptación como requisito para conseguir el cambio terapéutico.

Las metas pueden variar de acuerdo a cada caso concreto, aunque la terapia dialéctica conductual señala las más importantes:

a) Reducción de conductas suicidas y parasuicidas.
b) Reducción de conductas que amenazan el proceso de la terapia.
c) Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente.
d) Incrementar habilidades comportamentales.
e) Resolver el estrés postraumático.
f) Lograr la autovalidación y el respeto por uno mismo.

Cuadro 20.1. *Visión general del tratamiento.*

Premisa: Aceptación + Cambio	
Pasos generales	*Objetivos*
1. Preparar el escenario	Establecer metas Establecer relación terapéutica
2. Estrategias esenciales	Estrategias de validación Estrategias de solución de problemas
3. Equilibrar estilos de comunicación	Estilo recíproco vs. estilo irreverente
4. Combinar intervención terapéutica	Intervención con el paciente Intervención en el ambiente
5. Tratar al terapeuta	Sesiones clínicas

Establecer una relación terapéutica sólida es muy importante. Linehan señala que el terapeuta se convierte a veces en el único reforzador de conductas adaptativas y la relación es esencial para evitar intentos de suicidio. Las estrategias de validación y aceptación son fundamentales para conseguir una buena relación entre el paciente y el terapeuta.

2. Aplicar las estrategias esenciales

En el programa dialéctico conductual las estrategias básicas son la validación y la solución de problemas.

Ya hemos comentado las estrategias de validación, que se centran, por una parte, en que el terapeuta encuentre y reconozca el valor de capacidades, emociones, creencias, actitudes y otras experiencias adaptativas del paciente y transmita comprensión hacia las estrategias desadaptativas que constituyen las conductas límite. Por otra parte, se refiere también a que el terapeuta crea en las posibilidades del paciente para salir del caos que constituye su vida a través de la terapia.

La solución de problemas constituye la técnica de cambio básica del tratamiento. El patrón de funcionamiento que presenta el paciente se trata como un problema que está causando malestar y gran interferencia en áreas vitales de la persona. Se analiza de forma conductual dicho problema, describiendo las áreas problemáticas, se generan y analizan posibles soluciones y se orienta al paciente hacia una solución concreta, la terapia. Se pacta un compromiso para involucrarse durante un tiempo en el tratamiento como posible forma de solución, ya que otras formas no han sido eficaces o tienen más consecuencias negativas que positivas. Por último, se aplica el tratamiento.

Además de estos dos tipos de estrategias básicas, se utilizan otras muchas estrategias en función de los problemas que presente el paciente. Por ejemplo, se evalúa qué habilidades tiene el paciente en su repertorio conductual y qué habilidades hay que entrenar. Dependiendo de las necesidades, se programa el entrenamiento de hasta cuatro tipos de habilidades: habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia del malestar y habilidades sociales.

Asimismo, es muy común encontrar patrones de contingencias de los refuerzos que pueden estar manteniendo las conductas límite. Por ejemplo, éstas pueden ser el resultado de un ambiente que ha reforzado conductas desadaptativas o que ha castigado conductas adaptativas, o ambas cosas a la vez. Se utiliza, entonces, el entrenamiento en procedimientos de manejo de contingencias.

Puede ocurrir también que los pacientes posean habilidades adaptativas, pero éstas se encuentren inhibidas por sentimientos de culpa o de temor excesivos, o por el mantenimiento de creencias irracionales. En estos casos se utilizan técnicas de exposición y de reestructuración cognitiva.

3. Equilibrar los estilos de comunicación interpersonal

Linehan propone combinar lo que ella denomina un estilo "recíproco" con un estilo "irreverente" en la comunicación con el paciente. Vemos aquí de nuevo el influjo de

la perspectiva dialéctica. El estilo recíproco consiste en manifestar empatia y calidez hacia las experiencias que nos comunica el paciente. El estilo irreverente es el propio de las tácticas paradójicas. Se trata de llevar argumentos al absurdo, hacer de abogado del diablo, etc., es decir, llevar los argumentos a un extremo del "balancín" para después equilibrarlos.

4. Combinar la terapia con el paciente con intervenciones en el ambiente

El objetivo de la terapia dialéctica conductual es que el paciente pueda llegar a ser capaz de resolver los problemas vitales por sí mismo. Sin embargo, en muchas ocasiones, la relación del paciente con el ambiente ha llegado a ser tan problemática que el terapeuta debe realizar también intervenciones en el entorno para que aquél pueda aplicar las estrategias que va adquiriendo en la terapia. Por ejemplo, es posible que los familiares no sean receptivos a los cambios del paciente porque ya no confian en que pueda cambiar o interpretan su nuevo comportamiento como estrategias de manipulación y se ponen a la defensiva. Es común que se invite a los familiares a asistir a los grupos de entrenamiento en habilidades para que sean conscientes de que se están produciendo cambios adaptativos y puedan reaccionar a ellos favoreciendo la consolidación de esos cambios. En otras ocasiones, cuando existen problemas económicos o de relaciones familiares caóticas, el terapeuta puede recabar los servicios de un trabajador social como apoyo al paciente o a sus familiares.

5. Tratar al terapeuta

El tratamiento de un paciente con un TLP es una tarea compleja. Su patrón de funcionamiento disfuncional repercute en la relación terapéutica. Los compromisos adquiridos se rompen con frecuencia y se producen abandonos e intentos de manipulación de dicha relación. Por estos y otros motivos, Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión del terapeuta y consulta de casos.

20.**3-2.** *Modos de aplicación del tratamiento*

La terapia dialéctica conductual proporciona un apoyo terapéutico muy completo a los pacientes. El modo de aplicación básico es la terapia individual. A cada paciente se le asigna un terapeuta, que será el que lleve a cabo el diseño y la aplicación del tratamiento completo. La terapia consiste en sesiones con periodicidad semanal que duran entre 50 y 60 minutos y en algunas ocasiones, según las técnicas que se estén entrenando, pueden llegar a 90 o 110 minutos.

Como complemento a la terapia individual, se lleva a cabo terapia grupal con el objetivo de entrenar en habilidades (toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades sociales). El entrenamiento consta de 8 sesiones, a razón de una por semana con una duración de 2 horas y media. El grupo consta de 6 a 8 pacientes y de 2 terapeutas.

Después de haber finalizado el entrenamiento en habilidades en grupo, el paciente tiene la posibilidad, al mismo tiempo que continúa con la terapia individual, de unirse a grupos de apoyo formados por otros pacientes, con el fin de seguir practicando e integrando las habilidades adquiridas y fomentar actividades que fomenten la calidad de vida.

Se establecen también consultas telefónicas. El objetivo de las consultas telefónicas es disponer de un recurso para reducir el riesgo de conductas suicidas, incrementar la generalización de habilidades comportamentales y reducir sentimientos de distancia o confrontación con el terapeuta.

Las sesiones clínicas se consideran un modo más del programa de tratamiento. En ellas, cada miembro del equipo recibe supervisión y recomendaciones por parte de los demás miembros y se toman decisiones sobre el desarrollo de la terapia.

Por último, a veces es necesaria la utilización de tratamientos auxiliares, según la problemática que presente el paciente. Los tratamientos farmacológicos son frecuentes. En ocasiones, se requiere hospitalización o la asistencia a centros de día, así como el tratamiento de problemas asociados, como, por ejemplo, adicciones, trastornos alimentarios, problemas de pareja o asesoramiento vocacional.

20.3.3. *Acuerdos entre el paciente y el terapeuta*

Es importante hacer explícitos una serie de acuerdos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

En primer lugar, se establece un compromiso de asistir a terapia durante un año, que puede renovarse anualmente. Al final del año se evalúa el progreso y se discute si continuar o no.

Se establece un compromiso de asistencia a las sesiones. Si se falta a más de cuatro sesiones seguidas sin una causa justificada, se da por terminada la terapia hasta la finalización del contrato (un año), cuando se volverá a negociar la admisión.

También se establecen compromisos sobre las metas del tratamiento: conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia o en la calidad de vida del paciente y entrenamiento en habilidades. Por último, cuando sea el caso, se establecen acuerdos sobre el pago de las sesiones o sobre la posibilidad de participar en un estudio de investigación.

El incumplir los compromisos es una característica de los individuos con un TLP, por lo que se asume con ellos cierta flexibilidad, en el sentido de que se le avisa con tiempo y de forma explícita que están incumpliendo los acuerdos para darles la oportunidad de rectificar. Sin embargo, si aun con esa flexibilidad no se cumplen los compromisos, se da por terminada la terapia hasta una nueva y posible renovación del contrato terapéutico.

El terapeuta se compromete también a realizar esfuerzos razonables y posibles en su labor. Sin embargo, es necesario aclarar que la misión del terapeuta no es "salvar" al paciente, ni solucionar sus problemas vitales, ni evitar que intente suicidarse. Es decir, como afirma Linehan, el terapeuta puede mostrar el camino, pero no caminar con el paciente. Es importante abordar cuáles son las expectativas del paciente con respecto a la labor del terapeuta porque, al igual que las expectativas que tienen sobre otras personas de su entorno, suelen ser poco realistas y excesivas.

El terapeuta manifiesta también acatar sus obligaciones éticas, como la confidencialidad y el respeto por el paciente. Se compromete también a asistir a las sesiones y a atender las llamadas telefónicas acordadas.

Los terapeutas del equipo se comprometen también a realizar consultas en las sesiones clínicas y a mantener informado al paciente sobre las mismas. Asimismo, acuerdan ser consistentes en terapia, darse cuenta de sus limitaciones, ser empáticos y reconocer ser falibles.

20.3.4. *Estructura del tratamiento*

La terapia dialéctica comportamental se estructura en una fase de pretratamiento y tres fases de tratamiento (véase el cuadro 20.2).

El pretratamiento está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, es decir, el establecimiento de la relación terapéutica, de las metas y de los compromisos.

La primera fase del tratamiento tiene una duración de alrededor de un año y ahí se llevan a cabo las metas principales del tratamiento utilizando terapia individual, terapia de grupo y consultas telefónicas: disminuir las conductas suicidas, las conductas que interfieran en la terapia y las conductas que interfieran en la calidad de vida, y aumentar las habilidades de toma de conciencia, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales.

La segunda fase del tratamiento no tiene una duración determinada y está destinada al tratamiento del estrés postraumático. Una de las características de estos pacientes es la dificultad en la elaboración de acontecimientos como duelos o pérdidas sentimentales. Además, es frecuente encontrar experiencias traumáticas en las historias de estos pacientes, como abusos sexuales o maltratos sufridos en la infancia o en la edad adulta. Esas dificultades se traducen, en muchas ocasiones, en la aparición de cuadros de estrés pos-

Cuadro 20.2. *Estructura del tratamiento dialéctico conductual.*

Pretratamiento	Establecimiento de metas terapéuticas Establecimiento de la relación terapéutica Acuerdos entre paciente y terapeuta
Fase 1 (un año)	Reducción de conductas suicidas Reducción de conductas que interfieren en la terapia Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida Incremento de habilidades comportamentales: toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia al malestar, habilidades sociales.
Fase 2	Tratamiento del estrés postraumático
Fase 3	Incrementar el respeto por uno mismo Logro de metas individuales

traumático. Por ello, la terapia dialéctica dedica una fase del programa al tratamiento de los traumas que presentan los pacientes. Las intervenciones que se utilizan para ello son técnicas cognitivo-conductuales con las que se expone al paciente a los acontecimientos traumáticos mediante tácticas de exposición y se reelabora el significado del trauma, reduciendo los sentimientos de culpa e invalidación mediante técnicas cognitivas.

En esta fase se siguen consolidando las habilidades adquiridas en la primera fase y los pacientes pueden asistir a grupos de autoayuda.

La tercera fase se dedica a la consolidación de todo lo aprendido y actúa como una prevención de recaídas. En esta fase, un objetivo importante es que el paciente vaya consolidando el respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias, es decir, que confíe en sí mismo y en sus capacidades. En ese momento, el paciente ya ha experimentado una mejoría considerable y es capaz de funcionar de una forma más adaptativa, controlando la modulación del afecto y la impulsividad y relacionándose de forma más adecuada con los demás. Es también el momento de hacer planes de una forma realista con respecto a sus vidas en el plano profesional, académico o familiar y llevarlos a cabo para acabar con una vida de metas cambiantes y de caos.

En estos primeros apartados se han delineado los aspectos generales de la terapia dialéctica conductual. A continuación se describen las técnicas utilizadas para conseguir cada una de las metas del tratamiento.

20.3.5. *Reducción de conductas suicidas*

Las conductas suicidas engloban actos suicidas con intención de acabar con la vida; conductas parasuicidas, que son aquellas en las que el paciente se inflige daño pero no suele haber intención de muerte, aunque puede causarse de forma accidental; y finalmente está la ideación suicida y la comunicación de la intención de hacerlo.

La reducción del suicidio, en cualquiera de sus formas, es una meta primaria de la terapia. Linehan cita una frase de Mintz (1968) muy breve y de gran simplicidad, pero que da idea de la importancia de este objetivo terapéutico: "Ninguna psicoterapia es eficaz con un paciente muerto".

Una premisa importante es entender que el paciente límite ve el suicidio como una solución a sus problemas. El terapeuta debe transmitir que para la terapia dialéctica conductual el suicidio no es una solución, es un problema más.

Se analiza, sin embargo, desde la perspectiva del paciente, utilizando la estrategia de solución de problemas, rechazando esa posible solución por las consecuencias negativas que implica en cada caso concreto y orientando al paciente hacia la terapia como otra posible solución que merece la pena ser puesta a prueba. Lo que ofrece la terapia es ayudar al paciente a construir una vida que valga la pena ser vivida y, por tanto, no tener que recurrir a acabar con ella. Las habilidades que se aprenderán en la terapia ayudarán al paciente a reemplazar formas desadaptativas de solución de los problemas por maneras más eficaces de solucionar problemas vitales.

De esta manera se plantea el tratamiento para el suicidio. Constituye la primera área problemática en la que se interviene y se incluye dentro de los compromisos primarios del programa de tratamiento. Una vez que el paciente acepta la terapia como una solución alternativa al suicidio se provoca un compromiso para que, durante el tiempo que dura la terapia (un año, en principio), el paciente intente respetar el acuerdo de no cometer conductas suicidas.

La terapia dialéctica conductual establece tres reglas básicas respecto a la intervención de crisis suicidas:

a) Los actos parasuicidas/suicidas siempre deben ser analizados en profundidad.
b) Un paciente que realiza un acto suicida no puede llamar a su terapeuta hasta que hayan pasado 24 horas después de la conducta suicida. Puede acudir a los servicios de urgencia.
c) A los pacientes potencialmente suicidas no se le administrarán fármacos potencialmente peligrosos.

El programa de tratamiento también establece una serie de pautas de cómo actuar ante distintos tipos de amenaza suicida:

1. Cuando el paciente comunica un acto suicida previo a su terapeuta durante el tratamiento individual. En este caso, el paciente no contacta al terapeuta hasta 24 horas después. Es importante que la conducta suicida no sea reforzada de forma inmediata por el terapeuta, ya que podemos producir un aumento de estas conductas debido a lo reforzante que puede ser el apoyo del terapeuta. Se evalúa la frecuencia, intensidad y gravedad de la conducta suicida, se discute sobre posibles conductas alternativas que se podrían haber realizado en el marco de las habilidades que se van entrenando en terapia, se presta atención a los efectos negativos de la conducta suicida para determinar que no ha servido como solución a sus problemas en ese momento dado, se refuerzan conductas alternativas no suicidas que se hayan considerado o realizado, se valida el sufrimiento del paciente y se trata de hacer un análisis de los antecedentes y consecuentes de la conducta suicida para dar un explicación a lo que ha ocurrido y con la intención de prevenir ese comportamiento en ocasiones futuras de características similares.
2. Cuando el paciente contacta con su terapeuta y amenaza con un acto suicida. En este caso, es conveniente evaluar el riesgo de suicidio o parasuicidio inminente en función de algunos factores como disponibilidad de medios, entre los que se encuentran los fármacos, la falta de apoyo social, el consumo de alcohol, etc. y se actúa en consecuencia. Se le pide que deje los objetos o medios potencialmente letales (por ejemplo, que tire las pastillas por el retrete), se le da la instrucción de forma empática de que no lleva a cabo conductas suicidas, manteniendo la postura de que el suicidio no es una buena solución y provocando conductas y soluciones alternativas.

   El terapeuta mantiene el contacto cuando el riesgo de suicidio es inminente y alto, siendo más activo y analizando la conducta del paciente. Se buscan comportamientos alternativos y adaptativos que sean contingentes y que for-

men parte del plan de tratamiento. Al mismo tiempo, el terapeuta proporciona una contingencia aversiva, una respuesta terapéutica no reforzante. Se trata de buscar una respuesta óptima que sea natural, reduzca los factores desencadenantes (respondiente) y minimice reforzadores (operante). Por ejemplo, si la conducta suicida es una respuesta tras una pelea con la pareja en la que ésta se ha ido de casa y la finalidad es que vuelva, el terapeuta no debe tratar de contactar con la pareja, aunque el paciente lo demande. Hará ver al paciente que, en primer lugar, el terapeuta no está para solucionar los problemas; en segundo lugar, que suicidarse no es una buena solución, ya que, de todas formas, si muere no recuperará a su pareja y si consigue que vuelva a cambio de un chantaje ("si vuelve, no me mato"), aunque a corto plazo pueda conseguirlo, a largo plazo ese tipo de comportamientos acabará por romper el afecto y la relación. Analizará la pelea y se propondrá una forma de comunicación más adaptativa, sin la utilización de chantajes (cuando se calme, llamar a la pareja y tratar de solucionar el problema concreto, utilizando las habilidades sociales que se han aprendido en terapia). Es importante validar los sentimientos del paciente y combinarlos con una intervención activa, como, por ejemplo: "Entiendo que ésta es la forma que tú crees que es la mejor para conseguir que vuelva y que llevas toda tu vida comportándote así. Pero acuérdate de otras veces en las que, aunque has conseguido que una persona vuelva junto a ti, al final este comportamiento ha sido un factor muy importante por el que los demás te dan de lado. Sabes que sólo consigues hacerte daño a ti misma. Has sido capaz de mantenerte en terapia y aprender nuevas formas de funcionar. Y has demostrado que puedes aprender a funcionar sin hacerte daño a ti y a los demás. Ahora es una buena oportunidad para poner a prueba lo que estás aprendiendo en terapia. Vamos a analizar qué puedes hacer...".

3. Cuando el paciente realiza una conducta parasuicida en presencia del terapeuta o le llama inmediatamente después de haberla realizado, se evalúa el posible riesgo médico, consultando con servicios de emergencia si es necesario. Se evalúa la accesibilidad del paciente a los servicios de urgencia, determinando, por ejemplo, si está acompañado. Si existe una urgencia médica, se alerta a las personas cercanas y se llama a los servicios médicos. El terapeuta se mantiene en contacto con el paciente hasta que lleguen los servicios médicos. Se utilizan estrategias de solución de problemas, como hemos visto en el caso anterior, para que el paciente acepte la intervención médica, analizando y reestructurando los posibles miedos a ser hospitalizado.

   Una vez acuden los servicios de urgencia, se mantiene la regla de no contactar con el terapeuta hasta que no hayan pasado 24 horas.

4. Cuando el paciente informa de una conducta suicida o parasuicida a un terapeuta auxiliar, por ejemplo, el terapeuta de grupo, éste deberá mantener el contacto con el paciente hasta que se pueda contactar con el terapeuta primario del mismo. Mientras tanto, se utilizan estrategias de intervención en crisis y de solución de problemas para mantenerlo a salvo.

Como podemos ver, las conductas suicidas constituyen una meta primordial de la terapia dialéctica conductual. Las pautas que se establecen para su manejo son tácticas principalmente comportamentales, teniendo muy en cuenta las contingencias asociadas a las mismas e intentando, siempre desde la premisa de la validación, reemplazar el valor reforzante de esas contingencias por otras que pertenezcan a las habilidades que se van entrenando en la terapia. Una contingencia muy importante es el refuerzo que supone la intervención del terapeuta en las crisis suicidas. Por ello resulta crucial mantener algunas normas como la de las 24 horas y ser estrictos en la aplicación de las mismas.

20.3.6. *Reducción de conductas que interfieren en el proceso de terapia*

Se incluyen aquí las conductas que interfieren en el proceso terapéutico. Por ejemplo, la no asistencia a las sesiones, no colaborar en los contenidos de la sesión, no cumplir con las tareas para casa, etc. En la terapia grupal también pueden aparecer conductas que interfieran con otros pacientes. Por último, conductas como, por ejemplo, llamadas intempestivas, demandas excesivas, etc. que desgastan al terapeuta también constituyen una amenaza para el buen desarrollo de la terapia.

Un aspecto importante es hacer explícitas estas conductas y aclarar que su existencia supone la prueba de un problema del tratamiento mismo, no la evidencia que apoya la conclusión de que estas conductas se deben a rasgos indeseables del paciente. Es importante también señalar que constituyen un problema que va a dificultar el buen curso de la terapia y que, por tanto, es necesario buscar una solución.

Las pautas a seguir para intentar resolver este problema son: en primer lugar, definir la conducta que interfiere; en segundo lugar, realizar un análisis conductual y señalar los posibles factores relacionados con la conducta interfiriente, pero sin hacer juicios de valor; en tercer lugar, adoptar un plan de solución de problemas y elegir la solución más adecuada. Si el paciente no está dispuesto a modificar la conducta que interfiere después de esta intervención, se pueden discutir de nuevo los objetivos de la terapia y cómo se va a ver dificultada la consecución de los mismos. Es importante no involucrarse en luchas de poder innecesarias y si no se llega a un acuerdo se puede considerar la posibilidad de derivación o de dejar la terapia por un tiempo.

No son aconsejables tácticas como culpar al paciente, ponerse a la defensiva, inferir, sin haberlo evaluado detenidamente que el paciente no quiere mejorar, y desplazar la responsabilidad del cambio al paciente, sin ver posibles responsabilidades que pueda tener el terapeuta.

20.3.7. *Reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida del paciente*

El TLP se caracteriza por presentar problemas importantes en la mayoría de las áreas de funcionamiento. Además de las características propias del trastorno límite, suelen presentar otros problemas que constituyen trastornos del Eje I (APA, 2000). Debido

a su patrón de funcionamiento disfuncional, suelen también estar bajo el influjo de estresores psicosociales importantes como problemas económicos, laborales o familiares.

Estos problemas actúan deteriorando la calidad de vida de los pacientes, por lo que se convierten también en objetivo terapéutico. Linehan recomienda realizar una evaluación multiaxial exhaustiva y no centrarse solamente en el Eje II. Con respecto a la calidad de vida del paciente, pone el énfasis en una evaluación de los Ejes I y IV del DSM (APA, 2000). La evaluación proporcionará información sobre si esos problemas que presenta el paciente en dichos ejes pueden amenazar la aplicación de la terapia dialéctica conductual. Si es así, es necesario planificar tratamientos auxiliares previos o combinados con el tratamiento dialéctico comportamental.

Entre los trastornos del Eje I y los problemas psicosociales y ambientales, Linehan destaca los siguientes: abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, conductas sexuales de alto riesgo, dificultades económicas serias, conductas ilegales, relaciones interpersonales muy disfuncionales, conductas laborales disfuncionales, conducta de enfermedad disfuncional, conductas disfuncionales de salud mental y otros trastornos del Eje I como problemas alimentarios, trastornos del control de los impulsos, depresión o trastornos de ansiedad.

20.3.8. *Entrenamiento en habilidades comportamentales*

Los individuos que sufren un TLP presentan un déficit importante en destrezas de modulación emocional, cognitiva y comportamental y en habilidades sociales. La meta principal del entrenamiento en habilidades comportamentales consiste en aprender y aplicar en la vida diaria nuevas habilidades con el fin de cambiar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite (véase el cuadro 20.3).

Cuadro 20.3. *Metas del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

Reducir	*Aumentar*
Caos interpersonal	*Aceptación:*
Labilidad emocional	Habilidades de toma de conciencia
Impulsividad	Habilidades de tolerancia del malestar
Disfunciones cognitivas	*Cambio:*
Confusión sobre la identidad	Habilidades sociales
	Habilidades de regulación emocional

El entrenamiento en habilidades comportamentales se lleva a cabo durante la primera fase del tratamiento y se realiza utilizando dos formatos: el grupo, en el que se entrena *y* se practican las habilidades, *y* el tratamiento individual, en el que se practican las destrezas *y* se aplican a la vida de los pacientes.

Es importante señalar que una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Esto resulta comprensible debido a la inestabilidad emocional que sufren, que puede deteriorar el proceso de aprendizaje. Por esta razón, es recomendable que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización de las destrezas adquiridas, meta de todo entrenamiento en habilidades.

Como ya hemos comentado, el grupo de terapia se compone de entre 6 a 8 pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de unas 2 horas y media. El entrenamiento grupal consta de 8 sesiones. En el cuadro 20.4 se presenta un resumen de la estructura del entrenamiento y en el cuadro 20.5 la estructura de las sesiones. Al mismo tiempo y posteriormente, el paciente practica con su terapeuta individual y aplica las destrezas que va aprendiendo a los acontecimientos de su vida cotidiana.

Cuadro 20.4. *Estructura del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

Sesión 1:	Orientación hacia el entrenamiento en habilidades
Sesión 2:	Habilidades de toma de conciencia
Sesiones 3 a 7:	Módulos específicos de habilidades
Sesión 8:	Conclusión

Cuadro 20.5. *Estructura de las sesiones del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

- Saludo e inicio de la sesión
- 1.ª hora: Revisión de la práctica
- Descanso
- 2.ª hora: Presentación de las nuevas habilidades
- Conclusión:
  Resumen de la sesión
  Técnicas de toma de conciencia

La primera sesión del entrenamiento, como es habitual en la psicoterapia de grupo de orientación cognitivo-conductual, está destinada a la presentación de cada uno de los miembros del grupo y de sus problemas, a describir las estrategias que se van a aprender en el grupo, incluyendo la explicación de la base lógica de las mismas y a establecer las normas de funcionamiento del grupo. Las normas hacen referencia, por una parte, a as-

a su patrón de funcionamiento disfuncional, suelen también estar bajo el influjo de estresores psicosociales importantes como problemas económicos, laborales o familiares.

Estos problemas actúan deteriorando la calidad de vida de los pacientes, por lo que se convierten también en objetivo terapéutico. Linehan recomienda realizar una evaluación multiaxial exhaustiva y no centrarse solamente en el Eje II. Con respecto a la calidad de vida del paciente, pone el énfasis en una evaluación de los Ejes I y IV del DSM (APA, 2000). La evaluación proporcionará información sobre si esos problemas que presenta el paciente en dichos ejes pueden amenazar la aplicación de la terapia dialéctica conductual. Si es así, es necesario planificar tratamientos auxiliares previos o combinados con el tratamiento dialéctico comportamental.

Entre los trastornos del Eje I y los problemas psicosociales y ambientales, Linehan destaca los siguientes: abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, conductas sexuales de alto riesgo, dificultades económicas serias, conductas ilegales, relaciones interpersonales muy disfuncionales, conductas laborales disfuncionales, conducta de enfermedad disfuncional, conductas disfuncionales de salud mental y otros trastornos del Eje I como problemas alimentarios, trastornos del control de los impulsos, depresión o trastornos de ansiedad.

20.3.8. *Entrenamiento en habilidades comportamentales*

Los individuos que sufren un TLP presentan un déficit importante en destrezas de modulación emocional, cognitiva y comportamental y en habilidades sociales. La meta principal del entrenamiento en habilidades comportamentales consiste en aprender y aplicar en la vida diaria nuevas habilidades con el fin de cambiar patrones comportamentales, interpersonales, emocionales y cognitivos que causan malestar y que producen una gran interferencia en la vida de los pacientes límite (véase el cuadro 20.3).

Cuadro 20.3. *Metas del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

Reducir	Aumentar
Caos interpersonal	*Aceptación:*
Labilidad emocional	Habilidades de toma de conciencia
Impulsividad	Habilidades de tolerancia del malestar
Disfunciones cognitivas	*Cambio:*
Confusión sobre la identidad	Habilidades sociales
	Habilidades de regulación emocional

El entrenamiento en habilidades comportamentales se lleva a cabo durante la primera fase del tratamiento y se realiza utilizando dos formatos: el grupo, en el que se entrena y se practican las habilidades, y el tratamiento individual, en el que se practican las destrezas y se aplican a la vida de los pacientes.

Es importante señalar que una de las características de los pacientes límite es que les resulta muy difícil generalizar lo que aprenden en terapia a sus vidas cotidianas. Esto resulta comprensible debido a la inestabilidad emocional que sufren, que puede deteriorar el proceso de aprendizaje. Por esta razón, es recomendable que las habilidades que se aprendan se practiquen en todos los contextos relevantes mientras el paciente acude a terapia, para conseguir la generalización de las destrezas adquiridas, meta de todo entrenamiento en habilidades.

Como ya hemos comentado, el grupo de terapia se compone de entre 6 a 8 pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de unas 2 horas y media. El entrenamiento grupal consta de 8 sesiones. En el cuadro 20.4 se presenta un resumen de la estructura del entrenamiento y en el cuadro 20.5 la estructura de las sesiones. Al mismo tiempo y posteriormente, el paciente practica con su terapeuta individual y aplica las destrezas que va aprendiendo a los acontecimientos de su vida cotidiana.

Cuadro 20.4. *Estructura del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

Sesión 1:	Orientación hacia el entrenamiento en habilidades
Sesión 2:	Habilidades de toma de conciencia
Sesiones 3 a 7:	Módulos específicos de habilidades
Sesión 8:	Conclusión

Cuadro 20.5. *Estructura de las sesiones del entrenamiento en habilidades comportamentales.*

- Saludo e inicio de la sesión
- 1.ª hora: Revisión de la práctica
- Descanso
- 2.ª hora: Presentación de las nuevas habilidades
- Conclusión:
  Resumen de la sesión
  Técnicas de toma de conciencia

La primera sesión del entrenamiento, como es habitual en la psicoterapia de grupo de orientación cognitivo-conductual, está destinada a la presentación de cada uno de los miembros del grupo y de sus problemas, a describir las estrategias que se van a aprender en el grupo, incluyendo la explicación de la base lógica de las mismas y a establecer las normas de funcionamiento del grupo. Las normas hacen referencia, por una parte, a as-

pectos generales de la terapia de grupo, como la asistencia a las sesiones, la puntualidad o el mantenimiento de la confidencialidad de la información que los pacientes dan al grupo, y, por otra, a aspectos que son más específicos en el tratamiento de los pacientes límite, como no acudir a las sesiones bajo el efecto de alcohol o drogas, no discutir con otros pacientes conductas suicidas fuera de las sesiones, tratar en el grupo los problemas de relación que surjan entre los participantes y no acudir al mismo grupo de terapia pacientes que mantengan una relación de pareja.

Las siguientes sesiones se dedican al aprendizaje y puesta en práctica de los distintos tipos de habilidades. Las habilidades de toma de conciencia y las destrezas de tolerancia del malestar son técnicas que favorecen la aceptación y la validación de los propios sentimientos, pensamientos y conductas. Las habilidades sociales y las de regulación emocional son estrategias para lograr el cambio en dos áreas problemáticas importantes del TLP, las relaciones interpersonales y la modulación de las emociones. En los siguientes apartados describiremos estos cuatro tipos de estrategias.

• *Habilidades de toma de conciencia*

Las habilidades de toma de conciencia están basadas en la filosofía oriental Zen. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar el control de sus mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y dependientes del estado de ánimo. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, reemplazar los comportamientos disfuncionales por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más beneficiosas.

Estas destrezas se dividen en dos tipos de estrategias. Las técnicas "Qué" y las técnicas "Cómo" (véase cuadro 20.6).

Las técnicas "Qué" incluyen el aprendizaje de *observar, describir y participar* de nuestras experiencias. La meta es desarrollar una actitud de participar con conciencia.

La táctica "observar" hace referencia a atender a los acontecimientos, emociones, conductas u otras experiencias, aunque no sean agradables. Es decir, se trata de que el paciente se permita tomar conciencia de lo que está ocurriendo en un momento dado. Algunos ejercicios para practicar esta estrategia son, por ejemplo, notar el tacto de algo frío

Cuadro 20.6. *Habilidades de toma de conciencia.*

Objetivo: Tomar control de nuestra mente y no que nuestra mente nos controle	
Técnicas "Qué":	Técnicas "Cómo":
Observar	No juzgar
Describir	Centrarse en una cosa a la vez
Participar	Con eficacia

o caliente, o centrarse en sensaciones físicas como la respiración. Un ejercicio útil es dar la instrucción de fijarse en los dos primeros pensamientos/emociones o experiencias que acudan a la mente como si fueran en una cinta transportadora, sólo observándolos, sin describirlos y sin parar la cinta, dejándolos pasar.

La técnica "describir" supone un complemento a la anterior. Se trata de poner palabras a lo que "observo", de etiquetar mis experiencias. Por ejemplo, diferenciar entre distintas experiencias y clasificarlas según su naturaleza en sentimientos, pensamientos, acontecimientos, etc. Siguiendo con el ejercicio de la cinta transportadora, dividir la cinta en distintas secciones y hacer que las experiencias similares sigan un camino distinto a las otras y se almacenen en cajas diferentes.

Por último, se enseña la táctica "participar". Aquí la instrucción es adentrarse en la experiencia, no permanecer al margen, tomar conciencia de que yo soy el agente de mis pensamientos, de mis sentimientos, de mis acciones. Es un paso más. Además de observar mis experiencias y etiquetarlas, participo en ellas y me reconozco como su agente.

Las técnicas "Cómo" se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias "Qué". Observar, describir y participar, ¿cómo?: sin juzgar y experimentando los acontecimientos de uno en uno (como en la cinta transportadora). Aquí se hace mucho hincapié en las diferencias entre lo que es un juicio y lo que es la realidad. Por ejemplo, se analizan situaciones en las que se han realizado juicios de valor de forma impulsiva y se analizan los hechos. Por ejemplo: "soy malo" frente a "no he acudido a la comida dominical con la familia y puede ser que se enfaden". Se discuten también aspectos como la dicotomía cognitiva y se introduce la reestructuración de algunos pensamientos polarizados de los pacientes. Otro aspecto a tratar es practicar el atender a las cosas de una en una, participando activamente, primero de una y luego de la siguiente, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiar lo que nos traiga problemas.

Las estrategias de toma de conciencia se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. Por ejemplo, para practicar tácticas de regulación emocional se empieza por la observación, descripción y participación en las emociones. Además, las habilidades de toma de conciencia se practican siempre al finalizar las sesiones de grupo, ya que tienen un efecto beneficioso sobre la activación emocional y producen un estado de bienestar, adecuado para finalizar la sesión de terapia.

• *Habilidades para tolerar el malestar*

Quizá las técnicas que reflejan mejor las estrategias de aceptación en el entrenamiento en habilidades son las tácticas de tolerancia del malestar. El tratamiento dialéctico conductual da mucha importancia a encontrar significado también en el sufrimiento. Las razones que esgrime para ello son, por una parte, que éste forma parte de nuestras vidas y no nos podemos deshacer de él; la incapacidad para aceptar este hecho lleva invariablemente a mayor sufrimiento. Por otra parte, y lo que es muy importante en el caso de los

pacientes límite, tolerar el malestar es un primer paso para intentar llevar a cabo cambios que me permitan sufrir menos. Si niego el malestar, o lo inhibo, o lo evito, no puedo conocerlo, ni conocer los factores asociados a él, y, por tanto, no puedo cambiarlo.

Las técnicas para tolerar el malestar constituyen una progresión natural de las estrategias de toma de conciencia (Linehan, 1993b). Tolerar el malestar es la habilidad de percibir lo que me rodea sin la pretensión de que sea diferente. Es decir, experimentar mis emociones sin intentar cambiarlas, observar mis pensamientos y acciones sin intentar controlarlos.

Sin embargo, es importante transmitir a los pacientes que tolerar no significa juzgar algo como bueno, aceptar la realidad no es igual que aprobar la realidad. Es decir, no se debe correr el riesgo de que el paciente crea que aprobamos sus conductas disfuncionales. La meta de estas técnicas es ser capaz de tolerar lo que está ocurriendo en aquellas ocasiones en las que es muy difícil que la situación cambie en ese momento. La idea básica es aprender cómo afrontar una situación negativa sin convertirla en una situación peor. Se trata de afrontar situaciones de crisis y poder sobreponerse a las emociones. Con estas tácticas no se consigue solucionar problemas vitales, pero nos permiten no empeorar una situación dada. Por ejemplo, si me enfado con mi jefe porque ha sido injusto en un tema concreto, el enfado puede llevarme a insultar al jefe y producir una consecuencia más negativa, que me despidan. Por el contrario, si soy capaz de tolerar esa emoción negativa intensa puedo irme a casa y plantear al día siguiente la situación al jefe sin insultos.

Las tácticas de tolerancia del malestar se agrupan en cuatro tipos de técnicas (véase el cuadro 20.7):

1. *Tácticas de distracción.* Su finalidad es reducir el contacto con los estímulos emocionales para poder tolerar mejor la respuesta emocional. Se trata de técnicas de distracción que se utilizan en otros programas cognitivo-conductuales, como involucrarse en actividades, ayudar a otros para dejar de centrarse en uno mismo, o realizar esfuerzos mentales.
2. *Confortarse a uno mismo.* Realizar acciones que impliquen el cuidado de uno mismo, utilizando los cinco sentidos. Darse un baño relajante, comerse un helado, ver una película que me guste, etc., pueden ser ejemplos de esta estrategia.
3. *Mejorar el momento.* Se trata de sustituir los acontecimientos negativos por aspectos más positivos. Aquí se pueden utilizar técnicas cognitivas para reestructurar el significado de lo que ha pasado, utilizando, si es posible, la desdramatiza-

Cuadro 20.7. *Habilidades de tolerancia del malestar.*

Objetivo: Tolerar y sobrevivir a crisis emocionales, personales e interpersonales
Estrategias:
Distracción
Confortarse a sí mismo
Mejorar el momento
Analizar pros y contras

ción o buscando un significado al sufrimiento que en ese momento se está sintiendo. Otras técnicas pueden ser provocar escenas en imaginación, relajación muscular o autoinstrucciones.

4. *Analizar pros y contras sobre tolerar frente a no tolerar el malestar.* El paciente puede realizar este análisis utilizando las razones que se han aprendido en terapia y las ventajas que tiene tolerar el sufrimiento en ocasiones en las que es difícil que la situación mejore.

• *Habilidades de regulación emocional*

Atendiendo al modelo biosocial de Linehan (1993a), los problemas emocionales constituyen el área disfuncional clave en la etiología del TLP. Linehan supedita los problemas en las áreas interpersonal, comportamental, cognitiva y de la identidad a las dificultades en la esfera emocional. El tratamiento de las emociones es, pues, un objetivo primordial de la terapia dialéctica conductual, que se refleja en el componente de regulación emocional del entrenamiento en habilidades (véase el cuadro 20.8). Los objetivos de este módulo incluyen diversos aspectos:

1. *Identificar y etiquetar las emociones,* es decir, aprender a observar y describir la situación, la interpretación, la emoción y sus consecuencias. El módulo incluye psicoeducación sobre qué son las emociones, se analizan los distintos tipos de emociones y sus cualidades adaptativas. Se propone un modelo de las emociones que ayuda a discriminar lo que ocurre cuando se experimenta una emoción y, por tanto, a conocerlas. Los elementos que el paciente aprende a identificar son: *a)* el acontecimiento que desencadena la emoción; *b)* la interpretación del acontecimiento que desencadena la emoción; *c)* la fenomenología de la emoción, es decir, sus correlatos fisiológicos, gestuales, mímicos, cognitivos y el impulso a actuar; *d)* el comportamiento asociado a la emoción; y *e)* los efectos "secundarios" de la emoción que producen consecuencias en el funcionamiento del individuo.

Cuadro 20.8. *Entrenamiento en habilidades de regulación emocional.*

Objetivos del entrenamiento en regulación emocional	
Conocer y comprender las emociones.	Identificar (observar y describir) la emoción. Entender la utilidad y las funciones de la emoción.
Reducir la vulnerabilidad emocional.	Reducir la vulnerabilidad emocional. Incrementar emociones positivas.
Reducir el sufrimiento emocional.	Utilizar las técnicas de toma de conciencia. Cambiar las emociones dolorosas mediante comportamientos opuestos.

Un aspecto importante a trabajar en este punto es que el paciente aprenda que algunas de sus reacciones emocionales son consecuencia de otras emociones, que quizá no identifique, porque se están inhibiendo o porque la emoción secundaria esconde a la primaria. Por ejemplo, un paciente puede sentirse culpable y autoinvalidarse ("todo lo hago mal, soy una mala persona, no merezco que nadie haga nada por mí") a raíz de un acontecimiento dado, como que una persona no ha accedido a una demanda suya razonable. En realidad, el sentimiento de culpabilidad no es consecuencia de ese acontecimiento. Es posible que lo que provoque la culpabilidad sea otra emoción, el enfado lícito hacia otra persona. El paciente no puede permitirse enfadarse y el enfado se disfraza con una emoción mucho más dañina, la culpa.

El análisis detallado de los elementos que componen el proceso de experimentar una emoción y la práctica de esa habilidad proporciona al paciente un conocimiento sobre sus propias emociones y la forma de experimentarlas. Además, la psicoeducación revela al paciente límite conocimientos sobre una esfera en la que suele tener unos déficit considerables.

Se realizan ejercicios en los que se aprende sobre una emoción concreta. Se elige, por ejemplo, el enfado, y entre todos los miembros del grupo se intentan responder a cuestiones como: palabras que describen el enfado, acontecimientos que lo pueden provocar, interpretaciones que provocan enfado, cómo se experimenta esa emoción físicamente, qué impulsos lleva asociados, cómo se expresa facial o gestualmente, qué comportamientos suelen acompañar a esa emoción y qué efectos o consecuencias puede tener esa emoción (otras emociones, consecuencias sobre los demás, etc.).

2. *Identificar obstáculos para el cambio emocional,* analizando las contingencias que refuerzan ciertas emociones. En el conocimiento de las emociones es importante también el análisis de la función que cumplen y los aspectos reforzantes que hacen que se mantengan emociones disfuncionales. Las funciones de las emociones incluyen, principalmente, comunicarse con los demás y motivar las acciones del individuo. Entrando más en detalle, las emociones pueden servir para influenciar la conducta de los demás y para validar las percepciones e interpretaciones de la persona. Las emociones de los pacientes límite tienen a veces la función de llamar la atención de los demás para conseguir apoyo, pero de una forma muy disfuncional. Por lo que respecta a la validación de las interpretaciones de los acontecimientos, los pacientes límite suelen interpretar el mundo y a sí mismos en función de sus emociones. Como estas emociones son, a menudo, intensas y negativas, sus interpretaciones también lo son, con lo que es probable que esto dé lugar a una visión muy negativa de sí mismo y del mundo. Es muy importante dedicar tiempo a analizar estos aspectos para poder intervenir sobre ellos.
3. *Reducir la vulnerabilidad emocional* mediante el cambio de hábitos disfuncionales. El TLP se caracteriza por su alta vulnerabilidad e inestabilidad emocional. Además, estos pacientes suelen estar sometidos a estrés físico y psicosocial que contribuye también a incrementar esa vulnerabilidad emocional. Por ello, en el tratamiento también se incluye la programación de hábitos saludables para redu-

cir ese estrés, como tratar adecuadamente los problemas físicos, evitar la automedicación o el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, regular el sueño, la alimentación, hacer ejercicio y realizar actividades diarias que incrementen el sentimiento de autoeficacia.

4. *Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos.* Una forma de incrementar la ocurrencia de emociones positivas es incrementar la ocurrencia de acontecimientos positivos. Por ello, el modulo de entrenamiento en habilidades de regulación emocional incluye la programación y realización de actividades placenteras.
5. *Tomar conciencia de las emociones.* Es habitual que los individuos que sufren un TLP hagan juicios de valor negativos sobre sus emociones. Al considerar sus emociones como algo negativo y, en ocasiones, despreciable, tienden a inhibirlas y evitarlas. Utilizar las habilidades de toma de conciencia dirigidas a las experiencias emocionales negativas, observando, describiendo y participando de ellas sin realizar juicios, sirve para romper el mecanismo de evitación y exponerse a ellas sin que se produzcan consecuencias no deseables como los sentimientos de culpa o de ansiedad.
6. *Realizar acciones opuestas a la emoción.* Se trata aquí de actuar en el componente conductual de la emoción. Una forma de cambiar o regular las emociones es realizar conductas que sean contrarias a la emoción. Por ejemplo, la emoción de miedo se puede contrarrestar con la exposición a la situación temida. Se utilizan también tácticas de cambios en la mímica que sean contrarios a la emoción, como, por ejemplo, adoptar una expresión facial relajada cuando se está enfadado.
7. *Aplicar técnicas para tolerar el malestar.* Las estrategias de tolerancia al malestar, que ya hemos comentado, actúan en la regulación emocional modulando la intensidad y duración de las emociones negativas.

El módulo de habilidades de regulación emocional constituye, a mi entender, una de las aportaciones más relevantes de la Dra. Linehan al tratamiento del TLP, ya que incide de forma directa en el tratamiento de las emociones, que constituye el área más problemática de este trastorno.

• *Habilidades sociales*

El último módulo del entrenamiento en destrezas comportamentales lo constituye el componente de habilidades sociales. El entrenamiento en estas estrategias es similar a cualquier programa de habilidades sociales de orientación cognitivo-conductual. Las técnicas que se aprenden incluyen tácticas asertivas y manejo de conflictos interpersonales, utilizando solución de problemas (véase el cuadro 20.9).

La experiencia de Linehan con estos pacientes es que suelen poseer buenas habilidades sociales. El problema estriba en que han creado expectativas erróneas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones sociales. Las dificultades en el ámbito social suelen estar relacionadas con patrones cognitivos dicotómicos y respuestas emocionales incontrolables, que llevan a rupturas prematuras; apare-

Cuadro 20.9. *Entrenamiento en habilidades sociales.*

Objetivo: Reducir las dificultades en las relaciones interpersonales

1. Habilidades sociales básicas
2. Factores que contribuyen/interfieren en la eficacia interpersonal
3. Factores relacionados con:
   - Hacer peticiones
   - Decir no
   - Expresar opiniones
4. Habilidades específicas:
   - Conseguir objetivos concretos
   - Conseguir mantener la relación con el otro
   - Conseguir mantener el respeto por uno mismo

ce también una baja tolerancia al malestar, tienen dificultades en la solución de problemas cuando hay un conflicto, suelen hacer juicios prematuros y se mueven en dicotomías como pasar de la evitación del conflicto a la confrontación intensa.

El entrenamiento está dirigido a cuestionar las expectativas negativas que los pacientes tienen sobre su entorno, sus relaciones sociales y sobre ellos mismos.

Lo específico de la intervención con estos pacientes es que se establecen una serie de premisas, que incluyen: ocuparse de las relaciones con los demás, equilibrar prioridades y demandas, poner en equilibrio los deseos y las obligaciones, construir respeto por uno mismo y aumentar la competencia. Estas premisas guían el entrenamiento en habilidades sociales y se hacen explícitas en la práctica de las mismas.

Otro aspecto importante es tener muy en cuenta el objetivo que se pretende conseguir en cada interacción y mantenerlo, tarea que resulta compleja para los pacientes límite. Por ello, se establecen tres objetivos básicos: *a)* eficacia relativa a los objetivos; *b)* eficacia relativa a la relación social; y *c)* eficacia relativa al respeto por uno mismo. En el entrenamiento se consideran los tres tipos de metas para resolver conflictos interpersonales, valorando qué es más importante en un situación social. Por ejemplo, si quiero que me cambien un artículo determinado en un comercio, quizá mi meta sea conseguir el objetivo (eficacia relativa al objetivo) más que quedar bien con un dependiente que no conozco (eficacia relativa a la relación social). Por el contrario, si quiero que mi hermano me lleve a la universidad en coche y me dice que no porque está cansado, quizá en ese caso sea más beneficioso centrarme en mantener la relación (no reñir con mi hermano y dejarle de hablar durante un mes), más que en conseguir el objetivo (ir a la universidad en coche). El respeto por uno mismo es un objetivo que siempre suele estar presente y que puede ser compatible con los otros dos, aunque en algunas ocasiones se hace muy importante. Por ejemplo, imaginemos que pido un aumento de sueldo que me hace mucha falta, pero me ponen la condición de que haga algo que está muy en contra de mis principios, como espiar a un compañero. En este caso, mantener mis principios está por encima de mi objetivo de conseguir un aumento de sueldo.

En este módulo, Linehan adapta de forma inteligente el entrenamiento en habilidades sociales tradicional a las características específicas de los pacientes con TLP, lo que se-

guramente revierte en una mayor comprensión por parte de los pacientes, y una mejor aplicación y generalización de las destrezas sociales aprendidas.

En este tercer apartado se ha tratado de delinear los aspectos más relevantes de la terapia dialéctica conductual. No era nuestra intención mostrar detalladamente las técnicas, sino describir el contenido y la estructura del tratamiento, haciendo hincapié en los aspectos innovadores de este programa de tratamiento. Para finalizar, se presentan algunas reflexiones y conclusiones sobre el mismo.

20.4. Conclusiones

El objetivo del presente capítulo ha sido presentar de forma general un programa de tratamiento diseñado específicamente para el TLP, la terapia dialéctica conductual, desarrollada por la Dra. Marsha Linehan.

Este programa de tratamiento se basa en un modelo biosocial de este problema que señala como el mecanismo etiológico clave del TLP la interacción entre una vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante.

Otro aspecto importante de la teoría de Linehan es la inclusión de una perspectiva dialéctica en la conceptualización del trastorno, que se describe como un fracaso dialéctico en relación a tres principios básicos: el principio de interrelación y globalidad, el principio de polaridad y el principio de cambio continuo.

El programa de tratamiento se ha desarrollado muy en consonancia con este modelo. Un aspecto innovador es hacer explícita la necesidad de validar las experiencias de los pacientes y de intentar encontrar un significado a las conductas límite como base del tratamiento y como requisito para conseguir el cambio terapéutico. Esto favorece que el entorno terapéutico se convierta en un ambiente validante en el que el paciente se encuentre más seguro y en el que se puedan desactivar los mecanismos de "defensa" disfuncionales que usualmente ha utilizado en los ambientes invalidantes en los que se ha desarrollado.

La terapia ofrece una intervención muy completa, tanto en su forma como en su contenido. Respecto a la forma, la terapia dialéctica conductual ofrece tratamiento en formato individual y en grupo, grupos de autoayuda, consultas telefónicas y tratamientos auxiliares. Asimismo, establece un formato muy sistematizado con unas normas muy explícitas, que favorecen, a nuestro modo de ver, el dotar de un entorno estable que proporciona mensajes claros y explícitos al paciente límite, lo que supone un ambiente muy beneficioso para estos sujetos, que suelen desenvolverse en entornos inestables que proporcionan mensajes contradictorios.

Por lo que respecta al contenido, las técnicas utilizadas tratan de forma exhaustiva las áreas problemáticas del trastorno: la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, las conductas suicidas e impulsivas, las relaciones interpersonales, la rigidez cognitiva y las alteraciones en la identidad. Pese a que no existen módulos específicos para estas dos últimas áreas, hemos visto cómo en todos los módulos de tratamiento se incluyen técnicas de reestructuración cognitiva, aunque no de manera explícita. Por otra parte, el sen-

tido de la identidad personal se va consolidando a medida que el paciente consigue estabilidad emocional y competencia en las distintas destrezas.

El entrenamiento en habilidades comportamentales constituye un programa muy sistemático y detallado que incluye materiales muy útiles tanto para los pacientes como para los terapeutas, como registros y recordatorios. Es muy recomendable consultar el libro de la Dra. Linehan (1993b) en el que se detalla su programa de habilidades. Una constante es el énfasis en la práctica y en la repetición de las destrezas en todos los ámbitos relevantes, sugerencia muy útil teniendo en cuenta las dificultades de los pacientes límite para generalizar los logros terapéuticos. Todas las destrezas contribuyen de forma conjunta a favorecer la estabilidad emocional, desde el reconocimiento y la aceptación de las emociones negativas, mediante las técnicas de toma de conciencia y las de tolerancia del malestar, hasta el cambio de comportamientos dependientes del estado de ánimo y experiencias emocionales disfuncionales, mediante las estrategias de regulación emocional y las habilidades sociales.

La terapia dialéctica conductual ha recibido apoyo empírico. Existen algunos estudios que prueban su eficacia (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan *et al.,* 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons *et al.,* 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001). El programa de tratamiento se ha aplicado en pacientes ambulatorios y hospitalizados y en pacientes con adicción a sustancias psicoactivas y con trastorno por atracón. Los datos indican que el programa en su primera fase (un año), comparado con otra condición de tratamiento, consigue reducciones significativas en intentos de suicidio, hospitalizaciones y abandonos. Los datos son alentadores, aunque son necesarios más estudios para determinar la eficacia del tratamiento en variables más específicas del trastorno límite y para determinar si es factible aplicar el tratamiento en otros ambientes terapéuticos, como la red pública de salud mental. Uno de las primeros inconvenientes que el clínico seguramente se planteará es la posibilidad de aplicar este completo tratamiento en su unidad de salud mental o en su consulta. La infraestructura y el personal que requiere no está disponible en las redes públicas de salud mental. Sin embargo, los resultados obtenidos indican que merece la pena intentar realizar adaptaciones del programa para que pueda ser aplicado con menos recursos.

En conclusión, el programa aquí descrito constituye una de las intervenciones más completas de las que se disponen para el tratamiento de un trastorno tan complejo y preocupante como es el TLP. Consideramos muy recomendable que se realicen más estudios sobre la eficacia en otros entornos terapéuticos, con el fin de poder ofrecer un programa que puede resultar beneficioso para las personas que sufren este trastorno de la personalidad.

21

Terapia Icónica para la estabilización emocional (Ico-Estemo)

Soledad Santiago López
Centro Asistencial San Juan de Dios y Universidad de Málaga (España)

21.1. El origen de la Terapia Icònica

La idea de elaborar esta terapia surgió por la gran demanda de ingresos observada en el Centro Asistencial "San Juan de Dios" en los últimos años. Concretamente, de jóvenes o adolescentes con problemas de impulsividad que se manifestaban en conductas violentas, autolesivas o de "escape". Al realizar un análisis funcional de tales conductas, se pudo observar que, como antecedente de las mismas, estos jóvenes habían sufrido frustraciones por distintos acontecimientos que habían pasado desapercibidos para sus familiares más cercanos o que, aun habiendo sido percibidos por los familiares, consideraban que las respuestas emitidas resultaban desproporcionadas al hecho o acontecimiento frustrante. Se observó también que estos jóvenes presentaban una baja autoestima, un estilo de pensamiento dicotòmico y unos esquemas cognitivos negativos. En algunos casos, se encontró, además, una dependencia afectiva que dificultaba el propio desarrollo personal. Teniendo en cuenta estas variables, se elaboró una hipótesis sobre los posibles aspectos en los que el paciente se veía atrapado:

- Baja autoestima y dependencia ➡ necesidad de ser reconocido para autovalorarse.
- Pensamiento dicotómico ➡ percepción catastrofista de cualquier dificultad.
- Cogniciones negativas ➡ carencia de perspectivas.

Analizando estos aspectos se pensó que la baja tolerancia a la frustración observada podía estar potenciada por ellos, de modo que se les denominó aspectos de vulnerabilidad a la frustración. Por otra parte, buscando una fundamentación a la relación causa-efecto de la agresividad, vimos que ya desde los primeros trabajos sobre frustración, se recoge el efecto de frustración-agresión (Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears, 1939). Karen Horney, en 1945, hizo una descripción de los tipos de respuesta que se pueden tener ante la frustración denominándolos "hacia", "contra" y "huida". Entre la bibliografía

más actual, se recoge que la agresividad, la hostilidad y la ira son emociones que se generan cuando se vulneran los derechos del individuo o cuando se rompen las expectativas (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Todas estas afirmaciones coincidían con la observación de las respuestas que los jóvenes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Centro San Juan de Dios presentaban, de tal modo que se hizo una hipótesis de funcionamiento que posteriormente daría lugar a lo que en este trabajo se denomina modelo explicativo de la conducta inestable.

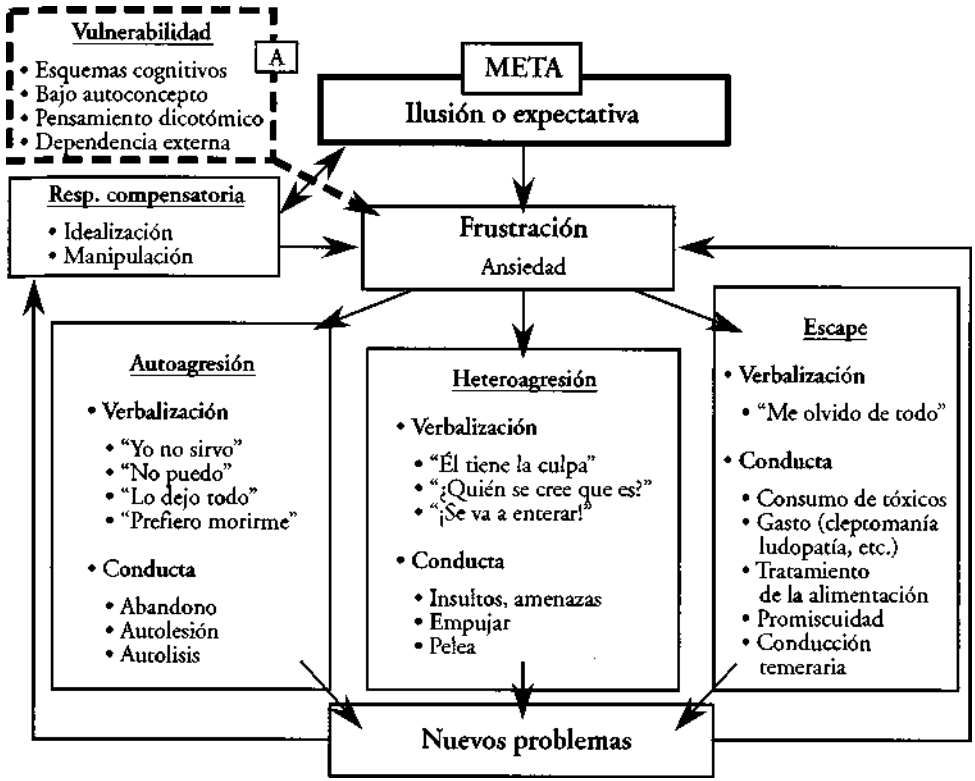
21.2. Necesidad de elaborar un modelo explicativo de la conducta inestable o inadaptada

En el modelo explicativo de esta terapia, se agruparon en tres tipos de respuestas las conductas inadaptadas que suelen presentar ante la frustración las personas inestables y junto con los aspectos de vulnerabilidad anteriormente mencionados, se elaboró una hipótesis de funcionamiento de dichas conductas a la que se denominó modelo explicativo de la conducta inestable (figura 21.1).

A estos tres tipos de respuesta, como se puede observar en la figura 21.1, se les ha denominado: autoagresión (primera columna del modelo), heteroagresión (segunda columna del modelo) y escape (tercera columna del modelo).

- Se entiende por autoagresión aquella respuesta ante la frustración en la que el sujeto puede pasar progresivamente desde las autoverbalizaciones negativas a conductas de desmotivación, abandono personal, autolesión o ideación autolítica (representada en la primera columna del modelo de la figura 21.1). En casos más graves (trastorno límite), puede llegar, de forma súbita, a la autolesión o autolisis.
- Se entiende por heteroagresión aquella respuesta que va contra otros o contra los objetos, es decir, reacciones cargadas de atribución externa, manifestándose como culpabilización a otros que, progresivamente, puede desembocar en ira, hostilidad, discusiones, insultos, golpes a los objetos o pelea física (segunda columna del modelo de la figura 21.1).
- Se entiende por respuesta de escape aquella conducta de huida ante la situación de frustración y que se caracteriza por el cobijo en conductas de abuso: episodios bulímicos, ingesta alcohólica, consumo de tóxicos, compras excesivas, conducción temeraria, etc. (tercera columna del modelo de la figura 21.1). A diferencia de lo que ocurre en las respuestas anteriores, en este caso se pueden dar de forma independiente. Por ejemplo, si un sujeto presenta un problema de control de impulsos en cuanto a la ingesta alcohólica, no necesariamente ha de manifestar cleptomanía, ludopatía u otros, y la gravedad del problema, por tanto, será la intensidad de dicha ingesta. Además, no siempre que se presenta alguna de estas conductas se puede considerar como una conducta de escape. Por ejemplo, la ingesta alcohólica puede ser debida a una adicción y no a una respuesta de huida ante la frus-

tración. En este último caso, el tipo de terapia adecuado no sería para la estabilización emocional sino para la adicción.



Notas:

- **El bloque A refleja los aspectos de vulnerabilidad personal que potencian este tipo de respuesta.**
- **El bloque B refleja la respuesta compensatoria para evitar la nueva frustración a la que le lleva el circuito previamente establecido.**

Figura 21.1. Tipos de respuestas inadaptadas ante la frustración y circuito cerrado establecido.

Cuando la autoagresión, la heteroagresión o el escape llegan a niveles elevados de intensidad (final de las columnas del modelo), suelen acarrear nuevos problemas y, como consecuencia, nuevas frustraciones, completándose así un circuito cerrado de conductas inadecuadas que generan un aumento de la inestabilidad: *expectativa no cumplida* ➡ *frustración* ➡ *respuesta inadecuada (bien sea autoagresión y/o heteroagresión y/o escape)* ➡ *nuevos problemas* ➡ *nuevas frustraciones y así sucesivamente* (figura 21.1). En el modelo tam-

más actual, se recoge que la agresividad, la hostilidad y la ira son emociones que se generan cuando se vulneran los derechos del individuo o cuando se rompen las expectativas (Fernández-Abascal *y* Palmero, 1999). Todas estas afirmaciones coincidían con la observación de las respuestas que los jóvenes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Centro San Juan de Dios presentaban, de tal modo que se hizo una hipótesis de funcionamiento que posteriormente daría lugar a lo que en este trabajo se denomina modelo explicativo de la conducta inestable.

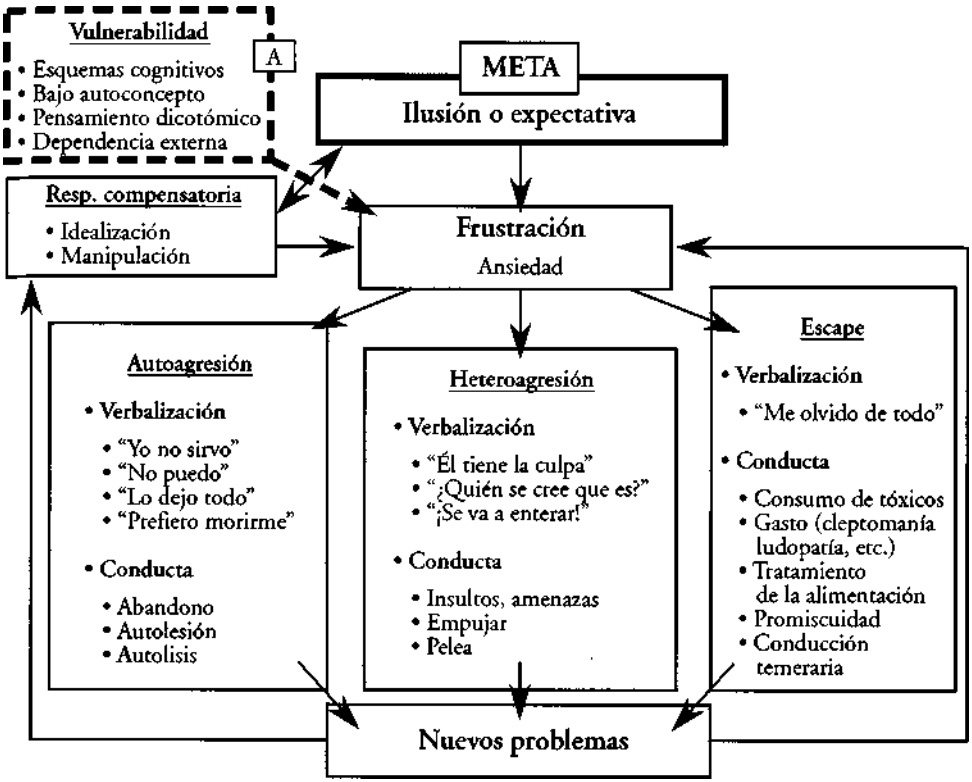
21.2. Necesidad de elaborar un modelo explicativo de la conducta inestable o inadaptada

En el modelo explicativo de esta terapia, se agruparon en tres tipos de respuestas las conductas inadaptadas que suelen presentar ante la frustración las personas inestables *y* junto con los aspectos de vulnerabilidad anteriormente mencionados, se elaboró una hipótesis de funcionamiento de dichas conductas a la que se denominó modelo explicativo de la conducta inestable (figura 21.1).

A estos tres tipos de respuesta, como se puede observar en la figura 21.1, se les ha denominado: autoagresión (primera columna del modelo), heteroagresión (segunda columna del modelo) *y* escape (tercera columna del modelo).

- Se entiende por autoagresión aquella respuesta ante la frustración en la que el sujeto puede pasar progresivamente desde las autoverbalizaciones negativas a conductas de desmotivación, abandono personal, autolesión o ideación autolítica (representada en la primera columna del modelo de la figura 21.1). En casos más graves (trastorno límite), puede llegar, de forma súbita, a la autolesión o autolisis.
- Se entiende por heteroagresión aquella respuesta que va contra otros o contra los objetos, es decir, reacciones cargadas de atribución externa, manifestándose como culpabilización a otros que, progresivamente, puede desembocar en ira, hostilidad, discusiones, insultos, golpes a los objetos o pelea física (segunda columna del modelo de la figura 21.1).
- Se entiende por respuesta de escape aquella conducta de huida ante la situación de frustración *y* que se caracteriza por el cobijo en conductas de abuso: episodios bulímicos, ingesta alcohólica, consumo de tóxicos, compras excesivas, conducción temeraria, etc. (tercera columna del modelo de la figura 21.1). A diferencia de lo que ocurre en las respuestas anteriores, en este caso se pueden dar de forma independiente. Por ejemplo, si un sujeto presenta un problema de control de impulsos en cuanto a la ingesta alcohólica, no necesariamente ha de manifestar cleptomanía, ludopatía u otros, *y* la gravedad del problema, por tanto, será la intensidad de dicha ingesta. Además, no siempre que se presenta alguna de estas conductas se puede considerar como una conducta de escape. Por ejemplo, la ingesta alcohólica puede ser debida a una adicción y no a una respuesta de huida ante la frus-

tración. En este último caso, el tipo de terapia adecuado no sería para la estabilización emocional sino para la adicción.



Notas:

- **El bloque A refleja los aspectos de vulnerabilidad personal que potencian este tipo de respuesta.**
- **El bloque B refleja la respuesta compensatoria para evitar la nueva frustración a la que le lleva el circuito previamente establecido.**

Figura 21.1. Tipos de respuestas inadaptadas ante la frustración y circuito cerrado establecido.

Cuando la autoagresión, la heteroagresión o el escape llegan a niveles elevados de intensidad (final de las columnas del modelo), suelen acarrear nuevos problemas y, como consecuencia, nuevas frustraciones, completándose así un circuito cerrado de conductas inadecuadas que generan un aumento de la inestabilidad: *expectativa no cumplida* ➡ *frustración* ➡ *respuesta inadecuada (bien sea autoagresión y/o heteroagresión y/o escape)* ➡ *nuevos problemas* ➡ *nuevas frustraciones y así sucesivamente* (figura 21.1). En el modelo tam-

bién se recogen las respuestas compensatorias (conductas de manipulación o expectativas no realistas) a las que se considera como el resultado del intento de la persona inestable por evitar la nueva frustración, o lo que es lo mismo, el intento por romper ese circuito cerrado en el que se ve inmerso (bloque B de la figura 21.1). Por último, el modelo recoge aspectos de vulnerabilidad como baja autoestima, pensamiento dicotòmico, cogniciones negativas y dependencia excesiva (bloque A del modelo explicativo de la figura 21.1) , que pueden estar potenciando sus respuestas inadecuadas: autoagresión, heteroagresión, escape, manipulación o expectativas no realistas.

Es importante destacar que los pensamientos que se recogen en el modelo (figura 21.1) al inicio de cada una de las respuestas (columnas de autoagresión, heteroagresión o escape), los pueden tener también las personas adaptadas o estables, pero éstas tendrían recursos para reaccionar adaptativamente mediante estrategias de afrontamiento; las personas con problemas graves de inestabilidad se "dejarían llevar" hasta llegar a las conductas que se recogen en la parte inferior de cada una de las tres columnas del modelo (figura 21.1).

21.3. Modelo terapéutico y fundamentación teórica del mismo

Para aportar una alternativa terapéutica a este problema, también se elaboró un modelo que permitía tanto al paciente como al terapeuta estructurar la respuesta adaptativa ante la frustración, ofreciendo una serie de pasos para abandonar el circuito cerrado de las respuestas inadecuadas, anteriormente mencionadas, y optar por un circuito adaptativo utilizando una serie de técnicas sobradamente conocidas en el campo de la psicología. Estas técnicas ya han sido probadas en cuanto a su eficacia y adecuación para los objetivos a los que se dirigen en esta terapia. Así, el participante aprenderá las siguientes técnicas de afrontamiento: frase clave (Gendlin, 1969), relajación psíquica con distanciamiento emocional del problema (Calkins, Gill, Johnson y Smith, 1999; Meichenbaum, 1987; McKay, Davis y Fanning, 1985) y autoverbalizaciones (Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1981), solución de problemas (D'Zurilla y Golfried, 1971; Wasik, 1984), competencia social (Caballo, 1997a; Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Costa y López, 1991).

Se integra también una técnica cuyo nombre está basado en el saber popular, pero fundamentada en los principios de la psicología del aprendizaje. Esta técnica se ha denominado "aprendizaje de errores" y consiste fundamentalmente en: analizar la situación, analizar la conducta, rescatar los aspectos parciales de esa conducta que hayan sido realizados de forma adecuada (aunque el objetivo no se haya alcanzado) y hacer un énfasis especial en el diseño de la actitud y actuación que se puede escoger cuando las circunstancias sean parecidas a las que indujeron al error. Y, por último, se utiliza la técnica de "consecución de logros en zig-zag", que consiste en trabajar la aceptación de que los logros se consiguen mediante avances-retrocesos, y que en esos retrocesos es necesario hacer una pausa para posteriormente continuar avanzando, en lugar de abandonar el objetivo o refugiarse en conductas inadaptadas. Esta técnica se trabaja mediante iconos (Santiago, 2001).

El *modelo terapéutico* (figura 21.2) recoge tanto las cogniciones positivas, que el sujeto debe utilizar ante las frustraciones (frase clave y distanciamiento emocional para el enfriamiento), como las estrategias de afrontamiento específico (solución de problemas, competencia social, aprendizaje de errores) y la paciencia y constancia necesarias para la consecución de objetivos (desglose de metas y consecución de logros en forma de zig-zag). El uso de estas estrategias facilitará la búsqueda de soluciones y el establecimiento de un circuito cerrado sano que permita al participante unas conductas adaptadas (figura 21.2).

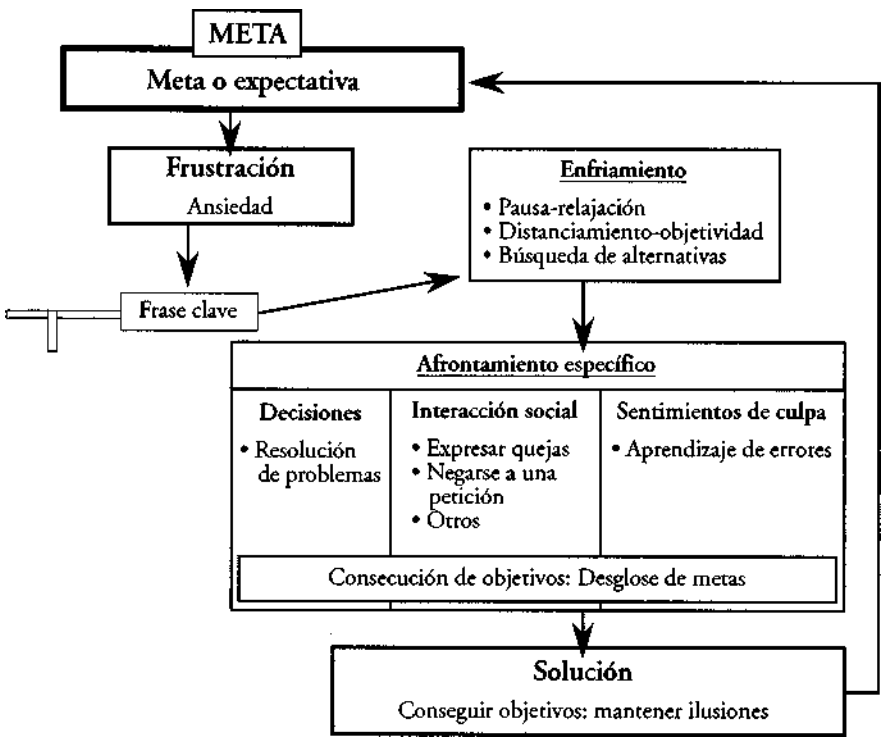


Figura 21.2. Modelo terapéutico: circuito adaptativo para el afrontamiento.

Además de las técnicas recogidas en el modelo y en las que se entrena al participante, el terapeuta, a lo largo de la terapia, fomenta: 1) la reflexión o *insight* mediante razonamiento socrático y con la ayuda del modelo explicativo; 2) los esquemas cognitivos adaptativos que puedan presentar los participantes (Beck y Freeman, 1995); 3) el estilo atribucional (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Quiroga, 2001); 4) la reestructura-

ción cognitiva (Beck, 1976; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1981); 5) la sensación de controlabilidad (Meichenbaum, 1987; Mahoney y Thorensen, 1974, Mahoney, 1987); y 6) la autoeficacia (Bandura, 1977b). Estos aspectos, junto a la relación terapéutica, se consideran indispensables para facilitar al sujeto una actitud de colaboración y deseo de aplicar las estrategias de entrenamiento anteriormente mencionadas.

Muchas de estas técnicas ya han sido agrupadas en programas específicos, como, por ejemplo, el programa para la ansiedad e ira en pacientes hipertensos (Camuñas, Pérez Nieto e Irurrizaga, 2000) y el programa para la ansiedad generalizada (Gil Andino y Cano Vindel, 2001). Sin embargo, en la terapia que aquí se expone, se estructuran bajo una hipótesis de funcionamiento que establece el orden en que dichas técnicas deben ser utilizadas para facilitar su uso y la consecución de la conducta adaptada.

El modelo explicativo de la conducta inadaptada antes mencionado (circuito de conductas inestables de la figura 21.1), junto a esta hipótesis de funcionamiento para la aplicación de técnicas (circuito terapéutico para la consecución de conductas adaptadas de la figura 21.2), forman lo que en esta terapia se denomina "modelo integrado", que se expone más adelante. Este modelo permite, tanto al terapeuta como al paciente, la representación, a modo de mapa, de la conducta problema y las pautas de actuación que se deben seguir mediante un sistema de flechas que facilita o guía la terapia, indicando las técnicas que se van a elegir para conseguir la conducta adecuada (véase figura 21.3).

Además, y como aspecto específico de esta terapia, se utilizan los iconos, que dan nombre a la propia terapia, "Terapia Icónica". Los iconos representan mediante imágenes algunos aspectos tratados en la terapia, lo que permite que el participante pueda evocar de un modo más rápido lo que ha hablado con el terapeuta que si tuviese que recordar la conversación mantenida, ya que las imágenes se pueden autorrepresentar de forma instantánea con la ayuda de la memoria visual. Y por último, se incluye también un esquema de preguntas estructuradas que guían la terapia y permiten que algunos de los iconos sean trabajados de forma interactiva con los participantes mediante las respuestas que ellos aportan a dichas preguntas estructuradas. Los iconos se consideran útiles porque las imágenes hacen más fácil la comprensión y la asimilación de los conceptos terapéuticos.

- Una vez que la terapia ha finalizado, la ayuda de la representación mental en imágenes facilita la evocación de los conceptos trabajados y la aplicación de los mismos en su vida real.
- La evocación de los conceptos terapéuticos a través de la imagen permite que dicha evocación sea más rápida que el recuerdo de las palabras del terapeuta. Es decir, las imágenes permiten que el participante pueda recordar en cuestión de segundos, ayudado por la memoria visual, lo que debería hacer.
- La evocación rápida del concepto terapéutico que favorece la imagen permite que el participante pueda, en muchos casos, anticiparse al impulso emocional que le llevaría a conductas inadaptadas.

Por otra parte, esta terapia incluye un bloque de intervención individual que ayuda al participante a vivenciar sus emociones de forma moderada y a relacionar los con-

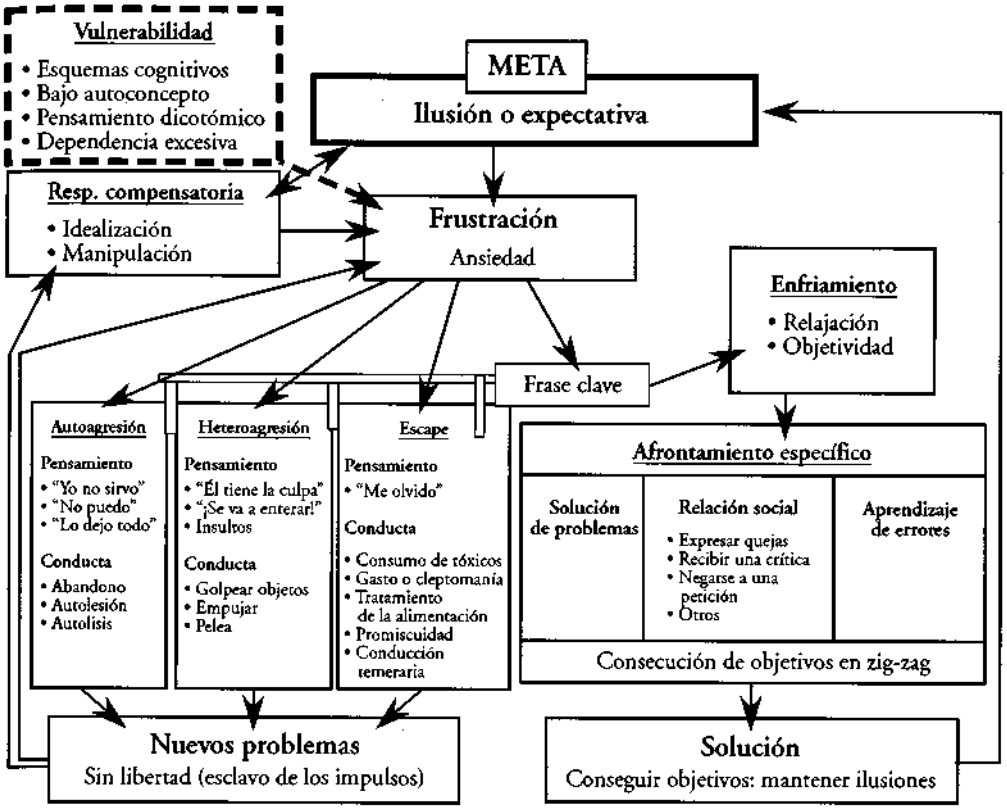


Figura 21.3. Modelo integrado: modelo de conducta inadaptada y modelo terapéutico unidos por la frase clave.

ceptos trabajados en grupo con los acontecimientos específicos de su vida real, es decir, afianzar la Terapia Icónica y favorecer su utilización. Para aplicar ambos bloques, tanto el grupal como el individual, pero especialmente este último, será necesario que el profesional analice sus propias reacciones ante la conducta de la persona inestable, sobre todo si está trabajando con casos graves (trastornos de la personalidad) ya que, como afirma Echeburúa (1994) "Los trastornos de personalidad tienden a suscitar un cierto rechazo en la sociedad e incluso entre los mismos terapeutas" (p. 41). Y una vez autoanalizadas dichas reacciones, el terapeuta, mediante la comprensión, aceptación y apoyo, dará retroalimentación a la persona inestable, permitiéndole conocer las reacciones que provoca en los demás; de este modo, lo que pretende el terapeuta será hacerle consciente de que el trato que recibe por parte de otros puede modificarlo él mismo. De igual manera, este bloque individual incluye una parte de provocación de

situaciones de frustración controlada que, tras el acuerdo previo con el participante, se llevará a cabo para que él también pueda analizar sus emociones y sus estrategias de afrontamiento y discutirlas posteriormente con el terapeuta. Este bloque de terapia individual para afianzar la terapia ¡cónica grupal, junto al bloque de terapia familiar, serán objeto de otra publicación.

Lo que pretende esta terapia es fomentar la capacidad para la recuperación emocional (resistencia) de las personas inestables. Partiendo de esta base, se puede enfatizar que esta terapia será aplicable a cualquier persona que quiera mejorar su nivel de estabilidad, ya que se la entrena en estrategias para la recuperación emocional ante la adversidad y no sólo para las personas con un trastorno de personalidad.

Aunque, como se ha dicho, la Terapia Icónica es específica para mejorar la estabilidad, se está aplicando también en los casos graves de inestabilidad, es decir, en el trastorno límite de la personalidad (TLP), y dado que la Terapia Dialéctica Conductual es específica para este trastorno (véase Linehan, 1993a; García Palacios, en este mismo volumen), se ha considerado necesario resaltar algunas de las similitudes y diferencias fundamentales entre ambas terapias:

Similitudes:

- Ambas utilizan habilidades de interacción personal/competencia social.
- Ambas utilizan la solución de problemas, aunque en este segundo caso la Terapia Dialéctica la trabaja como estrategia nuclear durante la terapia individual y como marco donde se plantean todas las conductas problema. En la Terapia Icónica se trabaja en dos fases: primero, como habilidad entrenada en grupo y, posteriormente, en las sesiones individuales, donde el terapeuta supervisará si el participante las utiliza en sus problemas de la vida diaria; en el caso de que las use inadecuadamente, le ayudará hasta que el participante sea autónomo.
- Ambas hacen uso de las metáforas como forma más rápida de transmitir una idea, cuya explicación teórica resultaría más artificial al paciente. De hecho, de las treinta metáforas que contiene la Terapia Icónica, dos de ellas son recogidas textualmente de la Terapia Dialéctica.
- Ambas compaginan la terapia individual y grupal como imprescindible para producir cambios.
- Ambas actúan sobre la aceptación, la valoración y el respeto de sí mismo en combinación con la actitud de cambio.
- Ambas actúan sobre otros aspectos, como el control de la atención, el análisis de la cadena de pensamientos o conductas, etc.; pero la forma de trabajarlo contiene matices diferentes en cada una de las terapias.

Diferencias:

- En cuanto a las hipótesis, la Terapia Dialéctica plantea una etiología, que se centra en el entorno invalidante durante la infancia y la vulnerabilidad biológica pa-

ra el desarrollo de un TLP. La Terapia Icònica recoge como hipótesis los factores de personalidad que hacen vulnerable a la persona para desarrollar las conductas del TLP y actúa sobre ellos (apartado "A" del modelo, figura 21.1).

- Otra diferencia es que la Terapia Dialéctica es descrita de forma narrativa, con ejemplos de situaciones específicas a partir de las cuales se recogen las estrategias de intervención individual, y la Terapia Icònica propone, de forma sintética, los pasos que se van a consolidar, complementándolos con ejemplos para ilustrar el concepto, y posteriormente se desarrollan estrategias guiadas por esos pasos.
- Por último, la gran diferencia está en el uso de iconos que realiza la terapia icònica para evocar los conceptos trabajados a través de la autorrepresentación mental de imágenes.

21.4. Objetivos de la terapia

Con esta terapia se pretende, como objetivo principal, que el participante reconozca su conducta problema (*introspección*) y que, una vez que haya tomado conciencia de las causas que con más frecuencia le arrastran a este tipo de conducta inadecuada (autoagresión, heteroagresión, escape), pueda detectarlas precozmente en próximas ocasiones con el fin de prevenirlas y reemplazarlas por conductas de afrontamiento, tanto en su modo de actuar como de pensar y de aceptarse a sí mismo. Los objetivos concretos se dividen en dos bloques: objetivos que va a conseguir el propio participante y objetivos que va a perseguir el terapeuta:

a) Objetivos a conseguir por el participante:

- Analizar y conocer las situaciones que le generan frustración y su respuesta ante las mismas.
- Aprender estrategias de afrontamiento y potenciar los recursos personales ya existentes para responder a la frustración de forma adaptativa.
- Aprender a controlar aquellos estados emocionales que le impiden aplicar las técnicas de afrontamiento que ya conoce.
- Mantener una coherencia interna entre metas, esquemas cognitivos, valores y conductas para facilitar su autodirección.

b) Objetivos del terapeuta:

- Detectar y reconceptualizar aquellas cogniciones o esquemas cognitivos que puedan resultar contraterapéuticos.
- Fomentar un buen autoconcepto y sensación de autoeficacia en los participantes para favorecer la actitud de cambio y su generalización a la vida real.

- Cuando la terapia se lleva a cabo en grupo, los objetivos propios de esta modalidad de aplicación se plasmarían en la cohesión, la normalización y la identificación entre los miembros, el apoyo mutuo, la facilitación de la generalización, etc.

En definitiva, el objetivo último será aumentar la resistencia (*resilience*) para que el participante mejore su capacidad de recuperación emocional ante cualquier frustración y capacitarle en el afrontamiento de las situaciones difíciles.

21.5. Breve descripción de la terapia

Como se ha mencionado con anterioridad, el modelo integrado (figura 21.3) está formado por dos submodelos: el modelo explicativo de la conducta inadaptada o inestable (figura 21.1) y el modelo terapéutico para conseguir una conducta estable (figura 21.2).

La aplicación de la terapia se apoya en el modelo integrado (figura 21.3), que recoge, de forma ordenada, los dos modelos anteriores, proporcionando así los pasos que el sujeto debe dar para mejorar su tolerancia a la frustración, pasando desde cualquiera de las respuestas inadecuadas del modelo explicativo de conducta inadaptada (autoagresión, heteroagresión o escape) al modelo terapéutico mediante el nexo de unión entre ambos, que es la utilización de la "frase clave". A continuación podrá aplicar las estrategias de afrontamiento específico que le ayuden a desarrollar conductas adaptativas y estables.

21.5.1. Inicio de la terapia y reflexión sobre las conductas habituales ante la frustración (hipótesis de funcionamiento)

Tras la presentación de los participantes y una explicación por parte del terapeuta sobre los objetivos que se persiguen en el tratamiento, el terapeuta inicia una serie de preguntas estructuradas a modo de razonamiento socrático, con el fin de hacer reflexionar a los participantes sobre las respuestas que ellos mismos emiten ante situaciones de frustración, haciendo hincapié en los distintos pensamientos o conductas que presentan. El terapeuta va anotando, en una pizarra que puedan observar los participantes, sus propios comentarios, pero los organiza, según la temática, en distintas columnas (autoagresión, heteroagresión y escape); de este modo, se va construyendo el modelo explicativo de la conducta inadaptada con las aportaciones de los propios participantes:

expectativa ➡ frustración ➡ respuesta inadecuada (autoagresión y/o heteroagresión y/o escape) (figura 21.1).

A continuación, para completar el modelo, se les hace reflexionar sobre las consecuencias de dichos pensamientos y conductas que dicen presentar. Por ejemplo: *¿dónde nos llevarían las conductas de estas tres columnas?, ¿ nos solucionarían la causa de la frustración?* Los participantes suelen responder que, lejos de solucionar, agravan o crean *nuevos problemas',* estas palabras emitidas por los participantes son recogidas de nuevo por el terapeuta y anotadas en la pizarra para completar progresivamente el modelo (figura 21.1).

Posteriormente, tomando como apoyo este cuadro, se analizan las consecuencias, es decir, los "nuevos problemas" y el circuito cerrado establecido:

frustración = respuesta inadaptada (autoagresión y/o heteroagresión y/o escape) = nuevos problemas y, de nuevo, *frustración.*

Así, un participante reconoce que las conductas de escape, de heteroagresión o de autoagresión le sumergen en nuevos problemas y nuevas frustraciones. Con esto, lo que se pretende es que el modelo explicativo (figura 21.1) sea confeccionado con las palabras y los tipos de pensamientos o conductas con las que se identifica cada participante, y que el análisis que recoge el modelo sea válido para la autoconciencia del problema de cada uno de los participantes.

> Cuando el grupo no comenta espontáneamente sus vivencias, el terapeuta puede usar un ejemplo como el mostrado a continuación: "Juan piensa matricularse en la universidad, pero cuando se decide a hacerlo le informan de que el plazo finalizó justo el día anterior. Esto le genera una ansiedad y una sensación de frustración, lo que le hace reaccionar, o bien con autoculpa (autoagresión): 'Soy un desastre, todo me sale mal, nunca llegaré a ser nadie, para vivir así preferiría morirme', o bien culpa a otros (heteroagresión): 'Mis amigos son unos... que no me han avisado, se van a enterar cuando necesiten algo de mí, cuando los vea les voy a...', o bien intenta olvidar el incidente para calmar su ansiedad (escape): pasa la mayor parte del día en la cama y por las noches sale de copas hasta altas horas, llegando a consumir grandes cantidades de alcohol y otros tóxicos. Cualquiera de estas conductas le crea nuevos problemas, ya sea el abandono de todo tipo de actividades constructivas o la pérdida de amigos, entrando así en el circuito cerrado de nuevas frustraciones.

Una vez que éstos se han concienciado del problema, se pasa a trabajar los tres tipos de respuesta mediante dos bloques temáticos que se describen en el siguiente apartado. Uno va dirigido a los aspectos de vulnerabilidad (autoestima, dependencia, pensamiento dicotòmico, autoverbalizaciones, creencias, etc.) y otro al entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Es importante resaltar que el entrenamiento es bastante mecánico y parecido en los tres tipos de respuesta (autoagresión, heteroagresión y escape); por tanto, aunque imprescindible para que el participante aprenda a cambiar su conducta, no sería suficiente, ya que lo haría de forma mecánica y, si continúa manteniendo los aspectos de vulnerabilidad (sensación de vacío, dependencia, pensamiento dicotòmico, baja autoestima o cogniciones negativas), pronto volverá a responder ante la frustración como antes de iniciar la terapia; por tanto, se considera que el terapeuta debe hacer énfasis o desarrollar al máximo la profundización en estos aspectos para reducir la vulnerabilidad a la frustración. En definitiva, se trata de conseguir no sólo que el participante sepa lo que tiene que hacer (aprendido por el entrenamiento en técnicas de afrontamiento), sino que se sienta capacitado y motivado para hacerlo (con autoestima, sentimientos de autoeficacia, pensamiento moderado, etc.).

En resumen, y para centrar al lector en el hilo conductor de la terapia, se considera necesario resaltar que, una vez que se les ha hecho reflexionar a los participantes, con la ayuda del modelo explicativo, sobre las causas y las consecuencias de sus conductas inadaptadas ante la frustración y el circuito cerrado en el que se pueden ver inmersos (circuito izquierdo de la figura 21.3). A continuación, cuando ellos muestran su interés por realizar el cambio y están motivados para aprender estrategias de afrontamiento ante la frustración, será cuando se lleve a cabo el entrenamiento. Simultáneamente se trabajan aspectos de vulnerabilidad como los que se describen a continuación.

A) Intervención en vulnerabilidad a las conductas de autoagresión

Las personas que suelen responder ante la frustración con autoagresiones son sujetos con baja autoestima que suelen presentar pensamientos cargados de atribución interna; con frecuencia se autoculpan de lo que sucede a su alrededor y se dejan arrastrar por una serie de pensamientos negativos sobre sí mismos, pudiendo llegar, en los casos graves, a la autolesión o la autolisis.

Estos aspectos se trabajan mediante una serie de iconos, como la "autoaceptación", el "autoconocimiento", el "descubrimiento de cualidades potenciales", el "encauzamiento de cualidades", la "estabilidad funcional", el "afecto hacia uno mismo", la "identidad personal", el "posicionamiento", etc., que permitirán al sujeto hacerse más tolerante con la frustración. En todos estos iconos se pone de relieve el pensamiento moderado y se fomenta tanto la autoestima como la identidad personal, lo que habitualmente despierta en el participante el deseo de cambio o la mejora de uno mismo.

A modo de ejemplo, se puede mencionar uno de los iconos, concretamente el denominado *encauzar las características personales.* Para ello se parte del supuesto de que los defectos se sitúan en los dos extremos de una misma característica que se representa en un continuo (p. ej., callado — charlatán) y que ese continuo posee un amplio espacio que se denomina término medio, donde se sitúa la virtud (véase la figura 21.4). A continuación, el terapeuta plantea que desplazarse mínimamente por ese continuo puede permitir alcanzar fácilmente la orilla del término medio o virtud, pero si somos exigentes con nosotros mismos y pretendemos llegar al punto medio de este amplio espacio, nos será difícil y nos sentiremos frustrados. Para representarlo gráficamente, se compara este espacio central con el cauce de un río y se les plantea que, del mismo modo que para mojar un pie en el río basta con acercarse a la orilla y no es necesario poner el pie en el centro del cauce, para encauzar las características personales como cualidades es suficiente con llegar a la orilla de ese *amplio espacio* del término medio.

La visualización de un amplio espacio central, donde se reconocen las cualidades, ayuda a pensar que la corrección de un error no debe percibirse como un gran cambio, sino como un pequeño cambio hasta la orilla de ese término medio. Así, el terapeuta, ayudado por el icono del río encauzado, plantea cómo una misma característica puede ser encauzada como cualidad, o desbordada como defecto; en este último caso, al igual que un río desbordado, puede acarrear distintos problemas.

Encauzar las características personales

Mejorar sin dejar de ser tal y como somos

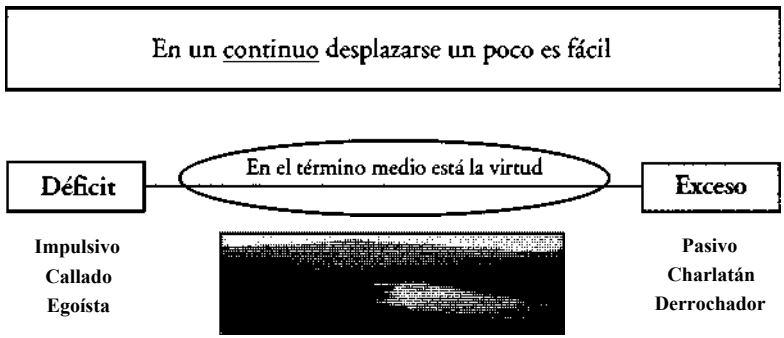


Figura 21.4. Características personales en un continuo y con un amplio término medio.

Otra forma de trabajar el encauzamiento de las características personales es contraponer las características socialmente reconocidas como positivas, es decir, cualidades, frente a características socialmente reconocidas como negativas, es decir, defectos, y buscar los aspectos comunes y las diferencias entre ambas para ver si son fácilmente reconvertibles. Así, se contraponen los términos "cabezota" (socialmente reconocido como defecto) y "constante" (socialmente reconocido como cualidad), y se les hace reflexionar sobre las similitudes y las diferencias de ambos términos (véase la figura 21.5). Para ver cómo se trabaja este aspecto, se puede consultar el cuadro 21.1, donde se representa un trozo de sesión sobre la contraposición de cualidades y defectos.

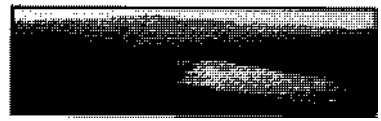
Otra de las características que con mayor frecuencia se analizan es aquella en la que, en sus extremos, se contraponen *violento y convincente;* para trabajar esta contraposición, el terapeuta toma como referencia a Carr *et al.* (1996), quienes plantean que las habilidades de comunicación evitan problemas de comportamiento. Partiendo de esto, les plantea a los participantes que la persona violenta, si aprende habilidades comunicacionales, puede convertirse en convincente y asertiva, y no tendrá la necesidad de defender sus derechos mediante la agresión o la creación de situaciones tensas para demostrar su malestar, ya que a través de la palabra podrá expresar la frustración y la búsqueda de soluciones. Este aspecto es importante para todos los participantes, pero si estamos trabajando con casos graves encontraremos que estarán especialmente necesitados de aprender esta expresión de emociones de forma adaptativa. Uno de los modos de aprender esta expresión será con el posterior entrenamiento en competencia social mediante la representación de papeles, como se expondrá en el otro bloque de tratamiento.

Encauzar las características personales

Aceptar los errores y añadir otros aspectos

Cabezota..... Constante (realismo)

Violento..... Convincente (comunicación)



Obsesivo..... puede ser un excelente trabajador para determinadas tareas

Histriónico..... puede tener excelentes dotes para el arte dramático

Figura 21.5. Encauzar las características aceptando errores y añadiendo otros aspectos.

Cuadro 21.1. *Contraposición de cualidades y defectos.*

Terapeuta: ¿En qué se diferencia una persona cabezota de una persona constante?
Carlos: [Hace gesto de quedar perplejo.]
Juan: "Un cabezota es aquel que se empeña en algo".
Terapeuta: Sí, ¿y una persona constante?
Carmen: La que consigue las cosas poco a poco.
Terapeuta: ¿Es positivo ser constante?
Carmen: Sí, con la constancia es como se consiguen la mayoría de las cosas.
Terapeuta: ¿Es positivo ser cabezota?
Carlos: La gente con cabeza dura que se empeña en conseguir lo que quiere sin tener en cuenta a los demás suele ser rechazada.
Terapeuta: Sin embargo, ambos tienen algo en común ¿no? ¿En qué se parecen estas personas? [Silencio.]
Juan: "En que los dos quieren conseguir algo".
Carlos: Sí, ambos quieren conseguir algo, pero uno observa si es viable su pretensión y el otro no.
Terapeuta: Entonces cualquier persona que sea cabezota, si aprende a parar y consultar la viabilidad de sus deseos, ¿podrá convertirse en constante?
Carmen: Si es realista y se fija metas razonables, entonces sí.
Terapeuta: ¿Entonces una persona puede convertir en cualidades algunas características personales que en principio se estaban manifestando como defectos?
Carlos: Pues...¡sí!
Terapeuta: Correcto, ¡vamos a pensar cuáles de vuestras características pueden ser encauzadas!
[A continuación se analizan las características concretas de cada uno de los participantes.]

Del mismo modo, se van contraponiendo aquellas características que los participantes planteen y el terapeuta, siguiendo el mismo esquema de trabajo, les irá induciendo a la reflexión y al encauzamiento de sus características personales. Pero, dado que la persona con inestabilidad grave puede tomar esto de forma radical, el terapeuta debe plantear que esto será sólo con algunas características y se insiste en recordar que ninguna persona debe empeñarse en reconvertir todos sus defectos ni ser perfeccionista; al contrario, hay que aceptar tener defectos. Así puede decir el terapeuta que si alguien no tuviera defectos no sería una persona, sería un "ente" no humano, porque el ser humano tiene defectos y es necesario partir de ello y aceptarlo para el desarrollo personal. En resumen, lo que se pretende es concienciar en que se pueden encauzar aquellas características que se están infrautilizando o incluso sufriendo, cuando en realidad se podrían estar disfrutando o "sacándoles partido". Para ello se trabaja mediante iconos la autoaceptación y la evitación de autoexigencia excesiva.

B) Afrontamiento en autoagresión

Una vez que los participantes han tomado conciencia mediante la reflexión en torno a las consecuencias negativas de su conducta autoagresiva, y tras haber trabajado todos los aspectos de la vulnerabilidad a la autoagresión mencionados en el apartado anterior, se presentan distintas situaciones de frustración que ellos deben resolver sin utilizar respuestas inadecuadas. Ayudados por el modelo integrado, que usarán a modo de mapa, se les entrena en abandonar las respuestas inadecuadas y en utilizar la frase clave que les dé paso a las estrategias de afrontamiento. Así, el circuito de conducta adaptativa, como puede verse en la parte derecha del modelo integrado (figura 21.3), será el siguiente:

frase clave ➡ enfriamiento ➡ elección de la técnica de afrontamiento específico que más se adecue a la situación (solución de problemas, competencia social o aprendizaje de errores) ➡ solución ➡ nuevas expectativas.

*[**Frase clave:*** autoverbalización lo suficientemente significativa para el sujeto como para hacerle cambiar hacia una actitud de afrontamiento (Gendlin, 1969).
Enfriamiento: uso de estrategias de distracción y relajación para distanciarse emocionalmente del conflicto y, posteriormente, poder analizarlo mejor.]

En definitiva, se les entrena en el automanejo para establecer un nuevo circuito de conductas que les faciliten una respuesta adaptativa y estable ante las situaciones de frustración.

Por ejemplo, ante la situación "imagínate que un amigo ha hablado mal de ti, se les propone que la respuesta autoagresiva podría ser entrar en una cadena de pensamientos que irían desde "no me valoran", "soy un desastre", "nadie me quiere", "no sirvo para nada", "prefiero morirme", hasta la creación de nuevos problemas, cerrando el circuito en nuevas frustraciones y así sucesivamente.

La respuesta adecuada, siguiendo el modelo integrado (figura 21.3) sería pasar desde el pensamiento autoagresivo "no sirvo" ➡ a la *frase clave* "aprenderé de esto para que

no se repita", desde allí al ➡ *enfriamiento*, lo que le permitirá un estado de relajación y distanciamiento suficiente como para ➡ *elegir la estrategia* de afrontamiento específico más adecuada: aprender de los errores (si el comentario tenía algún fundamento) o una mayor competencia social ("expresar una queja", si el comentario no tiene fundamento, o "recibir una crítica", si debe defender una parte y reconocer otra parte del comentario), etc. ➡ A continuación se les recuerda la técnica de consecución de objetivos con zig-zag para el logro de la conducta adaptativa.

En definitiva, buscar soluciones que les mantengan en el circuito de las conductas adaptadas o estables. Este entrenamiento se realizará mediante "representación de papeles" y filmación en vídeo para proporcionar retroalimentación al participante.

C) Intervención en vulnerabilidad a las conductas heteroagresivas

Las personas vulnerables a la heteroagresión suelen presentar pensamientos cargados de atribución externa; culpan a otros de sus problemas y se enfadan con esas personas porque las consideran las causantes de sus conflictos. Por ejemplo, *"la culpa de lo que a mi me pasa es de mi padre", "si no fuera porque mi amigo me dijo que... no me habría pasado. ..* "Pueden mostrarse también suspicaces y pensar que otros pretenden pisar sus derechos, en cuyo caso también se enfadan porque piensan que deben defenderse. Por ejemplo, *"a mí nadie me toma el pelo", "si se cree que soy tonto, se está equivocando", "se va a enterar quien soy yo".* De este modo, la persona se afianza en este tipo de pensamientos y podrá llegar a manifestar conductas defensivas mediante la agresión, provocando conflictos interpersonales o la ruptura de las relaciones.

Estos aspectos se trabajan mediante una serie de iconos que inciden sobre determinadas cogniciones y conductas inadaptadas, como "los gestos y la razón", "la escalada", "la relación hostil frente a cálida", "el desahogo frente a enfriamiento", etc., que permitirán al participante reconceptualizar cogniciones contraterapéuticas y mejorar su respuesta de afrontamiento ante la frustración. En todos estos iconos, tomando como referencia las aportaciones de Novaco (1975) y Azoulay (2000), se han fomentado las autoverbalizaciones que eviten la respuesta agresiva. Un modo de afianzar esto ha sido trabajando el pensamiento moderado y la autoestima, que se lleva a cabo no sólo en este apartado, sino a lo largo de toda la terapia.

A modo de ejemplo, podemos presentar uno de los iconos, concretamente el denominado *los gestos quitan la razón y provocan la escalada.* Con este icono (figura 21.6), se representa la heteroagresión mediante gestos hostiles; en este caso, el terapeuta parte de la base de que nadie lleva "toda la razón", pero sí "sus propias razones". A partir de esta premisa, mediante el razonamiento socrático, les hace reflexionar sobre cómo los gestos de irritabilidad y la incontención de la ira les hace mostrarse con menos credibilidad de la que se merecen. Con este icono no se pretende descalificarle por sus reacciones desproporcionadas, sino todo lo contrario. Basándonos en la teoría de la validación de Linehan (1993a), se le valora y acepta como persona al igual que el contenido de sus expresiones, pero al mismo tiempo se le sugiere que otros métodos, como la comunicación, son más eficaces y no tienen consecuencias negativas, mientras que el enfado despro-

porcionado no sólo dificulta la consecución de sus objetivos a largo plazo, sino que incluso le crea nuevos problemas según el modelo de la figura 21.3. Viendo la figura 21.6, el participante puede reconceptualizar los gestos de ira como la pérdida de aquellos argumentos que le podrían avalar. Concretamente la frase clave para salir de esta situación puede ser *"los gestos te quitan la razón que en realidad tienes"*.

Con los gestos pierdes la razón que en realidad tienes

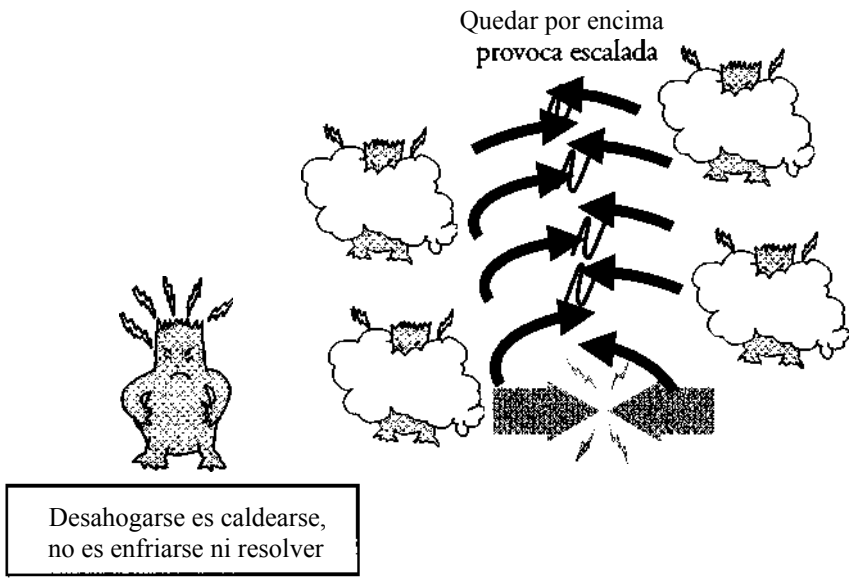


Figura 21.6. Con los gestos pierdes la razón que tienes y provocas la escalada de discusiones.

Dentro de este mismo icono se representan una serie de flechas que se sobreponen y sugieren "la escalada", es decir, cada flecha representa las agresiones que en una discusión de dos personas se prodigan ambos interlocutores mutuamente para "quedar por encima" o "llevar la razón". El terapeuta plantea que, cuando expresan su ira con otras personas implicadas en el conflicto que provocó dicha ira, se provoca en ellos una actitud defensiva que puede acabar generando la escalada.

Por otra parte, si se albergan pensamientos previos como *"a mí nadie me toma el pelo",* etc. responderán ante cualquier comentario que implique cierto atisbo de crítica como un resorte defensivo, radicalizándose y queriendo "defenderse", lo que, a su vez, provocará en el interlocutor un contagio defensivo que les llevará a la escalada (véase el ejemplo de escalada del cuadro 21.2).

La discusión del cuadro 21.2 se utiliza para relatarlo al mismo tiempo que se va dibujando cada una de las flechas que se van sobreponiendo en el icono de la figura 21.6, que representa las agresiones verbales cargadas de reproche y las descalificaciones que progresivamente se van realizando entre Sergio y Elvira sin expresar la verdadera causa de su discusión.

Cuadro 21.2. *Ejemplo de escalada verbal para representar el icono de la figura 21.6.*

Sergio: ¡Cómo eres...!
Elvira: ¡Pues anda que tú...!
Sergio: ¿Cómo puedes decirme que cómo soy, si yo he estado siempre pendiente de ti?
Elvira: Pero, ¿cómo tienes la cara dura de decirme que tú has estado pendiente de mí, cuando siempre has hecho lo que te interesa y yo he sido un cero a la izquierda?
Sergio: ¿Cómo? ¿qué yo he hecho siempre lo que me interesa? ¡Pues ahora sí que lo voy a hacer, que por lo menos tengas razón cuando lo digas!
Elvira: Sí, siempre has sido un egoísta y ahora yo también voy a empezar a pensar en mí. ¡A partir de ahora te vas a enterar de quién soy yo!
Sergio: ¿Que yo me voy a enterar? ¡La que se va a enterar eres tú!

El terapeuta plantea: *"Esto no sólo nos llevaría a invertir energías en algo no constructivo, sino que impediría el desarrollo personal o provocaría nuevos problemas".* En este momento, para que los participantes vean representadas estas afirmaciones, el terapeuta señala la segunda columna del modelo y su desembocadura en nuevos problemas (figura 21.3).

Apoyándose en estos iconos, el terapeuta puede hacer ver a los participantes los inconvenientes de dichas conductas y sugerirles las estrategias necesarias para sustituirlas por otras que sean adaptativas.

D) Afrontamiento en heteroagresión

Tras haber trabajado los aspectos de vulnerabilidad a la heteroagresión, se presentan distintas situaciones de frustración que ellos deben resolver sin utilizar respuestas inadecuadas. Por ejemplo, ante la situación *"imagínate que un amigo ha hablado mal de ti",* la respuesta heteroagresiva podría ser una cadena de pensamientos que irían desde *"a mí nadie me toma el pelo"* o *"se va a enterar de quién soy yo"* hasta la agresión verbal y física, lo que evidentemente acarrearía nuevos problemas y cerraría el circuito en nuevas frustraciones, y así sucesivamente.

La respuesta adecuada, siguiendo el modelo integrado (figura 21.3), sería pasar desde "a mí no me toman el pelo" ➡ a la *frase clave*, que podría ser "tiene otro punto de

vista pero podemos llegar a acuerdos" y desde allí al ➡ *enfriamiento* y elección de la ➡ *técnica de afrontamiento* más adecuada en la que se entrena mediante "representación de papeles", en este caso de competencia social, para buscar soluciones. A continuación se les recuerda la técnica de la ➡ *consecución de objetivos con zig-zag* para la conducta adaptativa.

Con esta cadena de conductas se pretende facilitar el mantenimiento del circuito de conducta estable representado en el modelo (parte derecha de la figura 21.3).

E) Intervención en vulnerabilidad a las conductas de escape

Aquellas personas que han aprendido a huir del afrontamiento de conflictos y/o que se consideran incapaces de resolverlos por la ansiedad que les generan, suelen reaccionar ante las situaciones de frustración o conflicto con pensamientos de escape como *"me olvido de todo", "no quiero saber nada de eso"y,* con cierta frecuencia, para conseguir no pensar en la situación que les generó la frustración, se refugian en conductas estimulantes que conllevan un riesgo y son perjudiciales para el propio participante. Con frecuencia, su forma de refugiarse en estas conductas estimulantes suele ser un tanto compulsiva, y esto les lleva a otros problemas. Por ejemplo, *"bebo y me olvido",* puede llevarle a un estado de embriaguez que le provoque otros problemas, como accidentes, conflictos interpersonales, etc. Además, si este estilo de respuesta se mantiene, podrá derivar en una adicción alcohólica.

Para trabajar la vulnerabilidad al escape se utilizan una serie de iconos que indican las conductas que se deben evitar y los conceptos que conviene aclarar para mejorar el automanejo y el autocontrol de los impulsos. Estos iconos son el "refugio en conductas estimulantes", "aguantar frente a controlar", "el autocontrol y la búsqueda de metas", etc. A modo de ejemplo, se presenta a continuación uno de estos iconos, concretamente, "El refugio en conductas estimulantes".

En este icono (véase la figura 21.7), se representa la conducta de escape como peligrosa y, para ello, se ha colocado la dinamita y la bomba de mano bajo el personaje que está consumiendo tóxicos. Con esta representación se pretende que el participante asocie estas conductas de consumo al concepto de riesgo o peligro en lugar de asociarlas al concepto de olvido o liberación.

Con este icono, al igual que con otros, se trabaja el concepto de libertad. Las personas con respuesta de escape ante la frustración suelen considerar que se sienten libres cuando hacen lo que desean (evitar el afrontamiento).

Éste es un pensamiento contraterapéutico que impide abandonar este tipo de respuesta y les sitúa en el circuito de conductas no adaptativas ya vistas en el modelo explicativo. Por tanto, el terapeuta debe fijarse como objetivo reconceptualizar cognitivamente este concepto de la libertad. Para ello, puede transmitir la idea de: *"Es libre quien consigue el objetivo que ha elegido en un estado de relajación y sin presión externa ni emocional. Pero si se actúa bajo la presión de las emociones ante la frustración se estará siendo esclavo de los impulsos".* Para ver cómo transmite este aspecto e induce a la reflexión a los participantes, véase el cuadro 21.3.

Refugiarse en conductas estimulantes para olvidar crea problemas

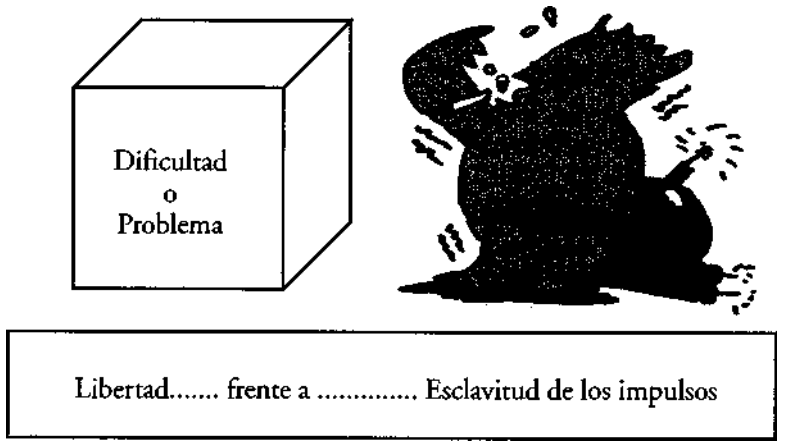


Figura 21.7. Refugio en conductas estimulantes que privan de libertad.

Cuadro 21.3. *Momento de la sesión donde el terapeuta hace reflexionar al paciente sobre el concepto de libertad.*

Paco: "Yo soy libre de hacer lo que me apetezca, así que me fui de copas hasta que no podía mas".
Terapeuta: Y ¿qué pasó a la mañana siguiente?
Paco: Nada, me quedé en la cama hasta las 14 h.
Terapeuta: Y en tu trabajo ¿te echaron de menos?
Paco: No, mi madre se encargó de avisar de que no iba porque yo estaba vomitando, quien sí se mosqueó fue mi novia, que se enteró y dice que soy un "colgao".
Terapeuta: Bueno, pero no hubo problemas ni en el trabajo ni con tu novia ¿no?
Paco: Bueno mi novia ya no ha querido volverme a ver y dice que está harta de mi, y mi jefe me ha dicho que no puedo faltar tanto.
Terapeuta: ¿Era ése tu objetivo? ¿Romper con tu novia y que tu jefe te llame la atención?
Paco: ¡No, hombre!
Terapeuta: ¿Quién es más libre, quien consigue sus objetivos o quien hace lo que le apetece en un momento determinado?
Paco: Bueno, pues quien consigue sus objetivos.
Terapeuta: ¡Claro!, tienes razón, las emociones del momento nos pueden llevar a ser esclavo de los impulsos.
Terapeuta: ¿Y cómo se podrá evitar esa presión emocional?

Continuando con este tipo de diálogo, el terapeuta irá provocando una disminución de resistencia al cambio y una mayor receptividad, para a continuación entrenar al participante en conductas de autocontrol.

F) Afrontamiento en conductas de escape

Al igual que en la autoagresión y la heteroagresión, una vez que los participantes han tomado conciencia de las consecuencias negativas de su conducta de escape, y a través del modelo de la figura 21.3, se presentan distintas situaciones de frustración que ellos deben resolver sin utilizar respuestas inadecuadas. Por ejemplo, ante la situación *"imagínate que un amigo ha hablado mal de ti",* la respuesta de escape podría ser una cadena de pensamientos que irían desde *"bebo y me olvido de todo* " hasta el refugio, en mayor o menor intensidad, en algunas de las siguientes conductas: consumo de sustancias tóxicas, gasto compulsivo, promiscuidad, conducción temeraria, episodios bulímicos, etc. Estas conductas, a partir de cierto nivel de intensidad, acarrearían nuevos problemas y cerrarían el circuito en nuevas frustraciones y así sucesivamente.

La respuesta adecuada, siguiendo el modelo integrado, sería pasar desde *"me olvido de todo"* o *"no quiero saber nada"* a ➡ la *frase clave*, como, por ejemplo: *"las cosas se solucionan afrontándolas"*, desde allí al ➡ *enfriamiento* y elegir la estrategia de ➡ *afrontamiento* más adecuada, como, por ejemplo, la competencia social: expresar una queja u otra. ➡ Y, por último, recordar la técnica de la *consecución de objetivos con zig-zag*. Es decir, buscar soluciones que le mantengan en el circuito de conductas adaptadas o estables (parte derecha de la figura 21.3).

G) Casos que responden con los tres tipos de respuesta

Como puede verse, el afrontamiento puede ser prácticamente idéntico. Lo que cambiará será la percepción del participante ante la misma situación. Por lo tanto, será necesario resaltar que los aspectos de vulnerabilidad trabajados con los iconos y el diálogo interno (dentro del que se incluye la frase clave que se va a utilizar) serán aspectos de vital importancia que tendrá que considerar el terapeuta, ya que será justamente la unión de estos aspectos anteriores, junto con la buena relación terapeuta-paciente, lo que podrá propiciar la actitud para el cambio en el participante y, en consecuencia, lo que repercutirá en la motivación para usar o no las técnicas en las que ha sido entrenado.

Sin embargo, es fácil encontrar sujetos que presenten simultáneamente diferentes conductas en distinto grado de intensidad, o que pasen de unas a otras. Por ejemplo, un sujeto puede autodescalificarse por haber hecho algo mal *("soy un desastre, no sirvo para nada")* y, posteriormente, hacer una atribución externa culpando a otros (*"en realidad mis problemas son porque mi madre..."), y* a continuación manifestar conductas de "escape", como la ingesta alcohólica (*"no soporto más, bebo y me olvido de todo").* En estos casos, se tendrá que hacer énfasis en los tres tipos de iconos y comprobar que la frase clave elegida por el participante es aplicable a cualquiera de las cogniciones o percepciones previas. Algunos ejemplos son: ·

- Una persona con respuesta típica de autoagresión *("si las cosas me salen mal es por mi culpa, porque no valgo ni sirvo para nada"),* podría usar una frase clave como: "En lugar de *culparme* voy a *ocuparme* de buscar soluciones".

- Una persona con respuesta típica de heteroagresión *("o están conmigo o están contra mí y tengo que defenderme"),* podría usar una frase clave como: "Aunque tengamos distintos puntos de vista, *podemos llegar a acuerdos".*
- Una persona con respuesta típica de escape *("No soporto las dificultades"),* podría usar una frase clave como: "Los problemas *se solucionan* afrontándolos" o "escapando sólo encontraré más problemas".
- Una persona con los tres tipos de respuesta podría usar una frase clave como: "¿Qué *alternativas* tengo?". Es importante que cada paciente elija aquella frase que más le ayude a cambiar su conducta.

21.6. Modalidad de aplicación

Esta terapia se esta aplicando mediante sesiones grupales con una frecuencia de una sesión semanal y con una duración aproximada de cuatro meses. El número de sesiones oscila entre 12 y 16, dependiendo del ritmo de asimilación, y la colaboración de los participantes; sin embargo, es importante que, al finalizar cada una de las sesiones, se recomiende una tarea para casa que tenga relación con lo trabajado en la sesión. Estas sesiones grupales tienen una duración aproximada de 75 a 90 minutos y se llevan a cabo en un contexto hospitalario con personas que son ingresadas por un corto período de tiempo tras haber sufrido una crisis o un conflicto (amenaza o intento autolítico, agresión verbal o física a sus familiares, etc.) o que asisten a consultas externas (conflictos de interacción familiar o abandono de tareas por baja tolerancia a la frustración).

Paralelamente, cada sesión grupal se complementa con otra sesión individual donde, a través de la relación terapeuta-paciente, se ayuda a los participantes a vivenciar sus emociones de modo diferente, a relacionar los conceptos trabajados en el grupo con los acontecimientos de su vida real y a poner en práctica las estrategias de afrontamiento aprendidas. En los casos mas graves se realizarán dos sesiones individuales y una grupal a la semana.

Se considera necesario que el participante reciba ambos tipos de terapia, individual y grupal, porque en la terapia grupal el terapeuta le puede entrenar en habilidades para las que tendría dificultades en trabajar individualmente debido a las "emergencias" emocionales imprevistas que el participante inestable pueda presentar en la sesión individual (Linehan, 1993a).

Una vez finalizado el tratamiento, del quinto al octavo mes, se lleva a cabo un seguimiento con una sesión semanal; a partir del octavo mes, el número de sesiones va disminuyendo paulatinamente. Si durante este seguimiento se advierte que el participante ha dejado de aplicar algún concepto trabajado con anterioridad, se administran unas sesiones "de recuerdo", en las que el participante vuelve a repetir aquellas sesiones cuyo contenido es deficitario en su aplicación.

Durante el seguimiento, y cuando realmente ya saben aplicar las estrategias de afrontamiento, resulta útil recordarles que la salud mental depende en mayor medida de las estrategias de afrontamiento que se utilizan que de los acontecimientos estresantes (Fierro y Jiménez, 1999). Con esto se pretende que centren su atención en la estrategia de

afrontamiento en lugar de la queja o el refugio en su autojustificación como "enfermos" cargado de atribución externa.

21.7. Discusión

En esta terapia se han trabajado una serie de aspectos. En primer lugar, concienciar a la persona de sus conductas inadaptadas y de los problemas que éstas le vienen acarreando (frustración ➡ autoagresión y/o heteroagresión y/o escape ➡ nuevos problemas ➡ nuevas frustraciones ➡ y así sucesivamente). En segundo lugar, se les hace analizar las posibles causas de sus conductas inadaptadas (frustraciones debidas a expectativas poco realistas, alto nivel de autoexigencia, pensamiento dicotòmico, etc.). En tercer lugar, una vez concienciado, se le enseña a detectar precozmente las situaciones que le hacen responder de forma inadaptada. En cuarto lugar, se trabajan de forma interactiva y mediante iconos una serie de aspectos que le hagan menos vulnerable a la frustración y/o a la reactividad emocional, como la autoestima, la aceptación de sí mismo, el desarrollo de cualidades personales, sentimientos de autoeficacia y expectativas de éxito, al tiempo que se les instiga a generar principios o esquemas cognitivos adaptativos. En quinto lugar, se les entrena en estrategias de afrontamiento mediante "representación de papeles", que es grabado en vídeo para facilitarle la retroalimentación visual y auditiva sobre su conducta, y para estructurar dicho afrontamiento se le ofrece como guía o mapa el modelo integrado (figura 21.3) (frase clave, enfriamiento, afrontamiento específico). Al finalizar cada sesión, se les pide que realicen tareas para casa sobre los aspectos que se hayan trabajado en dicha sesión.

Como se puede observar, en esta terapia se utiliza el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, pero la diferencia fundamental con otros grupos de entrenamiento es que en esta terapia se da especial énfasis a la reflexión o *insight* y a los aspectos de personalidad que hacen vulnerable al individuo. Porque, aunque se considera imprescindible el entrenamiento en técnicas de afrontamiento para que el participante aprenda a cambiar su conducta, no se considera suficiente, ya que si continúa manteniendo los aspectos de vulnerabilidad (sensación de vacío, dependencia, pensamiento dicotòmico, baja autoestima o cogniciones negativas), pronto volverá a responder ante la frustración como antes de iniciar la terapia. Por tanto, se considera que el terapeuta debe hacer énfasis en los factores de vulnerabilidad para potenciar el uso o mantenimiento de las estrategias de afrontamiento.

En el bloque individual, a través de la relación terapeuta-paciente, se interviene en las vivencias emocionales y en la puesta en práctica de los conceptos trabajados en grupo para la vida diaria.

Actualmente se está llevando a cabo un estudio con un diseño pre-post en el que se están administrando una serie de pruebas específicas para valorar la eficacia del programa en población con TLP. Los resultados que se obtengan serán objeto de una próxima publicación. Sin embargo, dado el contexto clínico donde se está aplicando, resulta difícil el control de las variables, lo que enlentece la recogida de la muestra.

22

El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal

Lynn E. Alden, Tanna M. B. Mellings y Andrew G. Rydero
University of British Columbia (Canadá)

22.1. Introducción

Uno de cada diez individuos que buscan tratamiento en clínicas ambulatorias de salud mental manifestará un trastorno de la personalidad por evitación (TPE) (APA, 2000). El TPE se encuentra entre los problemas de personalidad con una comorbilidad más frecuente en pacientes que sufren de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Así, los clínicos que trabajan en lugares ambulatorios necesitarán tratar con frecuencia a individuos socialmente evitadores (p. ej., Ekselius, Tilfors, Furmark y Frederikson, 2001; Stuart *et al.,* 1998). Aunque algunos trastornos de la personalidad responden escasamente o no responden en absoluto al tratamiento, existen suficientes pruebas empíricas que sugieren que los tratamientos farmacológicos y los psicosociales a corto plazo pueden ser beneficiosos para paciente con un TPE. En este capítulo, se revisarán los estudios empíricos que evalúan los diferentes tipos de tratamiento para el TPE y, luego, presentaremos nuestra propia perspectiva cognitivo-interpersonal para el tratamiento del paciente evitador.

22.2. Cuestiones diagnósticas

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE) se define como "un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa" (APA, 2000, p. 721; véase el cuadro 22.1). Se cree que el TPE comienza en los primeros años de la edad adulta, está presente en una serie de contextos y se da por igual

---

Capítulo traducido por V E. Caballo.

Cuadro 22.1. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno de la personalidad por evitación.*

Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa que comienza al inicio de la edad adulta y está presente en una serie de contextos tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

1. Evitación de las actividades que implican un contacto interpersonal significativo debido al temor a las críticas, la desaprobación o el rechazo
2. Ser reacio a implicarse con nuevas personas salvo que esté seguro de que va a agradar y de que le aceptarán sin críticas
3. Muestra inhibición hacia las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo
4. A pesar de los deseos de relacionarse, se preocupa en exceso por ser criticado o rechazado en situaciones sociales
5. Inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación
6. Se percibe a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
7. Tendencia a exagerar los peligros potenciales de las circunstancias ordinarias, rechazo a implicarse en actividades nuevas

Nota: Tomado de APA (2000), p. 721.

en hombres y en mujeres. El grado en el que el TPE sea una condición única, más que una variante de algún otro trastorno, ha sido un tema de considerable interés tanto para clínicos como para investigadores. El TPE comparte características con otros síndromes clínicos, principalmente la categoría del Eje I, denominada fobia social generalizada (FSG), *y* las categorías del Eje II de los trastornos esquizoide *y* esquizotípico de la personalidad. Antes de considerar las estrategias de tratamiento, es pertinente una discusión sobre el diagnóstico diferencial.

En términos del Eje I, casi todos los pacientes con un TPE satisfacen también los criterios diagnósticos de la fobia social generalizada (FSG) *y,* aproximadamente, un 44% de pacientes con FSG cumple los criterios del TPE (Brown, Heimberg y Juster, 1995), aunque el intervalo va desde un 25 hasta un 89% (Arntz, 1999; Boone *et al.,* 1999; Herbert, Hope y Bellack, 1992; Skodol *et al.,* 1995; Tran y Chambless, 1995; Van Velzen, Emmelkamp y Schoeling, 2000). Estudios comparativos indican que los pacientes diagnosticados con TPE informan de mayor ansiedad social y depresión, menor autoestima, manifiestan más diagnósticos comórbidos, especialmente depresión, que los pacientes con FSG solo (p. ej., Herbert *et al.,* 1992; Holt *et al,* 1992). Sin embargo, otros intentos para distinguir entre estas condiciones se han encontrado con poco éxito. Marks (1985) propuso que el TPE y la FSG diferían en la gravedad de las deficiencias en habilidades sociales, pero algunos estudios empíricos no respaldan esta idea (p.ej., Herbert *et al.,* 1992; Turner *et al.,* 1992). De igual manera, las descripciones clínicas iniciales presentaban a los pacientes con un TPE como más socialmente evitadores que los pacientes con FSG solo. Sin embargo, de nuevo las investigaciones empíricas han fracasado en probarlo (Mersch, Jansen y Arntz, 1995). La elevada tasa de comorbilidad, la similitud en los

criterios diagnósticos y la ausencia de diferencias cualitativas entre las dos condiciones sugieren que el TPE y la FSG, o bien son diferentes modos de conceptualizar la misma condición subyacente, o bien representan puntos diferentes a lo largo de un continuo de gravedad sintomática. Los investigadores de la fobia social han propuesto que el diagnóstico comórbido de TPE identifique simplemente a una población más gravemente deteriorada de sujetos con fobia social generalizada y han sugerido que el TPE sea incluido bajo la FSG (Herbert *et al.,* 1992; Holt *et al.,* 1992; Tran y Chambless, 1995; Turner *et al.,* 1992).

Por otra parte, los investigadores que trabajan con los trastornos de la personalidad alegan que existen iguales razones, si no superiores, para conceptualizar el TPE, y quizá la FSG también, como un trastorno de la personalidad (véase, por ejemplo, Widiger, 1992). Un trastorno de la personalidad es, por definición, un patrón permanente de comportamiento que es estable, duradero y general a través de un amplio abanico de situaciones. Existen pruebas convincentes que sugieren que, en muchos casos, la evitación social surge temprano en la vida, a partir de tendencias biológicas innatas, y que es muy estable a lo largo del tiempo (p. ej., Kagan, Reznick y Snidman, 1988). Aunque los pacientes diagnosticados con un TPE responden al tratamiento, probablemente permanezcan en el extremo (o incluso más bajo aún) de los niveles normales de evitación y ansiedad sociales después de la intervención (p. ej., Alden, 1989a). Es importante indicar también que, según se ha demostrado, la FSG tiene una edad de comienzo más temprana que otras categorías de fobia social, e incluso muchos de estos pacientes reconocen que fueron tímidos cuando eran niños (p. ej., Brown, Heimberg y Juster, 1995). Todos estos hallazgos son consistentes con la presencia de rasgos de la personalidad subyacentes. Algunos clínicos dan preferencia al Eje I sobre el Eje II debido a la creencia de que los trastornos de la personalidad no responden a las intervenciones psicológicas o farmacológicas. Sin embargo, no existe una razón a priori para suponer que los trastornos de la personalidad no tengan tratamiento, como puede verse en otros capítulos de este mismo volumen. El TPE en particular, como veremos posteriormente, responde a las intervenciones psicológicas y farmacológicas.

Se plantean también cuestiones sobre el solapamiento entre el TPE y otros trastornos del Eje II. Algunos autores alegan, contra la distinción inicial entre el trastorno esquizoide de la personalidad y el TPE realizada en el DSM-III, sobre la base de que las dos condiciones representan diferentes puntos a lo largo de un continuo de aislamiento social (Livesley y West, 1986). Sin embargo, sus preocupaciones de que no se pudiera discriminar fiablemente entre las dos condiciones no ha sido probada. La investigación indica que todos los síntomas del trastorno evitativo, excepto el aislamiento social, están correlacionados negativamente con la lista de síntomas del trastorno esquizoide y que el diagnóstico diferencial no es difícil (Trull, Widiger y Frances, 1987). Se encontró que los individuos evitadores eran sensibles e inseguros a nivel interpersonal, mientras que los individuos esquizoides tenían, en gran medida, un comportamiento indiferente hacia los demás. Un aspecto de mayor interés es el solapamiento de síntomas entre el TPE y el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD). La investigación sugiere que sólo el síntoma de aislamiento social discrimina fiablemente las dos condiciones (Trull *et*

al., 1987). Mientras que la persona evitativa tiene problemas para acercarse e iniciar las relaciones sociales, la persona dependiente no los tiene. En la práctica, el diagnóstico de TPE y de TPD a menudo aparecen al mismo tiempo (APA, 2000; Trull *et al.,* 1987). Stuart *et al.* (1998) encontraron que el 43% de los pacientes con un TPE cumplían los criterios del TPD y el 59% de los pacientes con un TPD tenían también un TPE. En general, la cuestión del diagnóstico diferencial del TPE requiere de más estudios.

• *Perspectivas teóricas*

El TPE se incluyó por primera vez en el sistema DSM en 1980. Sin embargo, los tipos de la personalidad caracterizados por el aislamiento y la sensibilidad sociales aparecieron en descripciones clínicas anteriores de los trastornos de la personalidad, principalmente en las descripciones de los estilos de carácter fóbico y esquizoide (p. ej., Kretschmer, 1925). El concepto actual de la personalidad evitativa tuvo sus orígenes en la teoría del aprendizaje biosocial de Millon (Millon, 1981). Este autor propuso que el patrón evitativo se desarrollaba cuando un niño con un temperamento temeroso o ansioso se exponía a experiencias sociales tempranas caracterizadas por el desprecio, el rechazo o la humillación persistentes.

Más recientemente, se han desarrollado modelos cognitivos e interpersonales. Beck y Freeman (1990) enfatizan el papel mediador de los esquemas cognitivos en el TPE. Los esquemas se definen como creencias y reglas de conducta que la gente desarrolla en respuesta a las primeras experiencias sociales y sensibilidades biológicas. Se dice que la persona evitativa sigue reglas como, *"Si la gente intima conmigo, me rechazará".* Para la persona evitativa, esas creencias dan cono resultado distorsiones en el procesamiento de la información social, sesgos negativos en las evaluaciones sobre uno mismo y sobre los demás y, finalmente, la adopción de estrategias interpersonales desadaptativas.

Los autores que trabajan en el área interpersonal enfatizan la importancia de las relaciones interpersonales en la creación y el mantenimiento del TPE. Como consecuencia de las experiencias interpersonales a lo largo del desarrollo, se dice que los individuos evitativos desarrollan esquemas nucleares sobre las relaciones, o se centran en problemas interpersonales, que colorean sus interpretaciones de, y las reacciones emocionales a, las interacciones actuales (p. ej., Barber *et al.,* 1997; Benjamin, 1993). Tal como se formula en el marco dinámico "Temas Centrales de las Relaciones Conflictivas", de Luborsky *(Luborsky's Core Conflictual Relational Theme, CCRT;* Luborsky y Crits-Christoph, 1990), los individuos con un TPE desean acercarse a los demás (Deseo), pero, sin embargo, anticipan que los demás les rechazarán (Respuesta del otro) y, por consiguiente, se apartarán para evitar el rechazo esperado (Respuesta de uno mismo). Los autores del área interpersonal enfatizan también la naturaleza transaccional de la conducta interpersonal. Se cree que la conducta del individuo evitativo provoca reacciones en los demás que perpetúan el problema central. De este modo, la persona se encuentra atrapada en un proceso cíclico que reproduce repetida e involuntariamente relaciones tempranas importantes.

Existen paralelismos obvios entre las teorías cognitiva e interpersonal, como, por ejemplo, la idea de que las creencias y expectativas interpersonales sesgan las percepcio-

nes sociales y conducen a comportamientos interpersonales autoderrotistas. Sin embargo, las estrategias de tratamiento que surgen de cada perspectiva son notablemente diferentes. Las terapias cognitivas se centran en la conducta del paciente fuera de la sesión de tratamiento y utilizan ejercicios conductuales desarrollados para invalidar y modificar esquemas sociales anticuados o incorrectos. Por otra parte, los tratamientos interpersonales ponen un gran énfasis sobre el comportamiento del paciente en la sesión y utilizan las transacciones paciente-terapeuta como los medios principales para proporcionar experiencias emocionales correctoras y solucionar aspectos interpersonales centrales. Los estudios empíricos han abordado la eficacia de estos y otros tratamientos y seguidamente se llevará a cabo una revisión de esta información.

22.3. El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación

22.3.1. *Estudios empíricos*

El tratamiento del TPE se ha abordado de tres maneras diferentes. Algunos investigadores han evaluado los resultados del tratamiento en individuos diagnosticados específicamente con un TPE. Otros investigadores han examinado el efecto de un diagnóstico comórbido de TPE sobre el tratamiento de pacientes con otros trastornos. Finalmente, un creciente campo de investigación ha analizado las estrategias de tratamiento para la FSG. A la luz del solapamiento conceptual y diagnóstico entre el TPE y la FSG, estos estudios tienen indudablemente algo que decirnos también sobre el tratamiento del TPE. Por nuestra parte, revisaremos cada una de estas áreas de investigación.

A) Pacientes seleccionados por un diagnóstico de TPE

Sólo cuatro estudios sobre evaluaciones de los resultados del tratamiento se han centrado en pacientes diagnosticados específicamente con un TPE. De estos, tres evaluaban estrategias de tratamiento cognitivo-conductual, siguiendo un formato de grupo, y una intervención de corto plazo. Alden (1989a) distribuyó al azar a 76 pacientes con un TPE a dos grupos que representaban variaciones del entrenamiento en habilidades del proceso interpersonal, a un grupo sólo de exposición y a una condición control de lista de espera. El tratamiento se llevó a cabo durante 10 semanas, con sesiones de 2 horas y media. Los tres procedimientos de tratamiento produjeron un cambio mayor que la falta de tratamiento y estas ganancias se mantenían en una evaluación de seguimiento a los tres meses. Aunque el grupo de proceso interpersonal que se centró en el desarrollo de las relaciones íntimas produjo un mayor beneficio que los otros dos grupos, esta diferencia no fue importante. Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless (1990) evaluaron a un grupo de terapia cognitivo-conductual (TCC) de cuatro días, intensivo, que incluía estrategias de relajación, desensibilización y ensayo de conducta, con un grupo de 17 pacientes con un TPE. Encontraron que estos pa-

cientes manifestaban un cambio significativo a lo largo del tratamiento y que los beneficios del mismo se mantenían en un seguimiento durante 12 meses. Stravynski *et al.* (1994) compararon dos variantes del entrenamiento en habilidades sociales en grupo, una con ensayos de conducta dentro de las sesiones y otra con ensayos de conducta en la vida real, en 28 pacientes evitativos. El tratamiento constaba de 14 sesiones de 90 minutos cada una, una vez a la semana. Ambos grupos produjeron un cambio similar y, de nuevo, los beneficios se mantenían en un seguimiento de tres meses. El cuarto estudio examinó la eficacia de un tratamiento dinámico interpersonal. Barber *et al.* (1997) evaluaron la Terapia Dinámica de Apoyo-Expresiva de Luborsky *(Luborsky's Supportive-Expressive),* en 24 pacientes con un TPE y un grupo más pequeño de 17 pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP). El tratamiento se componía de 52 sesiones de terapia individual, una vez a la semana. Aunque el grupo del TPE manifestó un cambio menor y menos amplio que los pacientes con un TOCP, el 62% de aquel grupo ya no cumplía los criterios diagnósticos del TPE después del tratamiento.

Conclusión

Además de ser escasos en número, los estudios anteriores tienen algunas limitaciones metodológicas. Sólo uno (Alden, 1989a) incluía condiciones de control; los otros, o bien utilizaban un diseño de grupo único, o bien comparaban dos condiciones de tratamiento o grupos diagnósticos. Aunque podría alegarse que los trastornos de la personalidad, como condiciones crónicas, es poco probable que cambien en ausencia de una intervención, es imposible descartar otras explicaciones de las mejorías observadas, como los efectos debidos a la exigencia o a la expectativa-atención, la regresión a la media u otros efectos de la evaluación repetida. Otras deficiencias son la brevedad del tratamiento ofertado y el pequeño número de sujetos incluidos en los diferentes estudios, así como la dependencia de medidas de autoinforme. Sin embargo, teniendo en cuenta estas limitaciones, surgen varios patrones. Quizá el más importante es que los pacientes con un TPE consiguen beneficios significativos del tratamiento. Además, las evaluaciones de seguimiento indican que las ganancias del tratamiento se mantienen hasta un año después de su finalización. Un patrón menos positivo que aparece es que un número sustancial de estos individuos terminan el tratamiento en el extremo inferior y por debajo del intervalo normal de la evitación y el malestar social (Alden, 1989a; Barber *et al,* 1997; Renneberg *et al,* 1990). Así, aunque el tratamiento produce beneficios significativos, los individuos evitativos pueden seguir siendo más ansiosos y tímidos que las personas promedio. Aunque esto puede ser un reflejo de la naturaleza caracteriológica del TPE, puede ser también una función de la brevedad o la naturaleza de los programas de tratamiento evaluados. Es necesario más trabajo para determinar si un tratamiento más largo y otros formatos (p. ej., el tratamiento individual en cuanto opuesto al tratamiento en grupo) son más eficaces. Sin embargo, en general, estos estudios respaldan el uso de estrategias de tratamiento psicológico, especialmente la TCC, para el TPE.

B) Efectos del TPE comórbido sobre los resultados del tratamiento

El efecto de un diagnóstico comórbido de TPE se ha examinado en estudios sobre tratamiento de la fobia social y la depresión. Todos, excepto uno de esos estudios, incluían pacientes diagnosticados inicialmente como sujetos con fobia social, que luego eran evaluados para averiguar si tenían un TPE. De esos estudios, tres sugirieron que la presencia de un trastorno de la personalidad estaba asociada con un mayor deterioro en el postratamiento. Dos grupos de investigadores encontraron que los individuos que sufrían de fobia social con un trastorno comórbido de la personalidad empezaban y terminaban un programa de TCC con un deterioro más grave que un grupo sin trastornos de la personalidad (Turner, 1987; Mersch, Jansen y Arntz, 1995). Además, en un estudio, el grupo comórbido manifestaba una tasa de cambio más lenta que el grupo que sólo tenía fobia social (Turner, 1987). Sin embargo, esos dos estudios eran limitados por el pequeño número de pacientes con trastornos de la personalidad y por la inclusión de otros pacientes con trastornos de la personalidad diferentes del TPE. En un estudio más amplio, Feske *et al.* (1996) compararon el resultado de un grupo de TCC en individuos con fobia social generalizada, con y sin un diagnóstico específico de TPE. Sus resultados eran consistentes con los de Turner (1987): el grupo con un TPE empezó y terminó el tratamiento más deteriorado que el grupo sólo con FSG y mostraba un nivel menor de mejoría. Lo que es interesante también es que esta diferencia entre grupos desapareció cuando el nivel premórbido de depresión fue controlado. Feske *et al.* (1996) concluyeron que era probable que el efecto deteriorante del TPE se debiese a una mayor incidencia de la depresión entre estos individuos.

En contraste con lo anterior, dos estudios encontraron que el TPE tenía pocos efectos sobre el grupo de TCC en pacientes con fobia social. Hope, Herbert y White (1995) no encontraron diferencias en el nivel inicial de gravedad, el grado general de mejoría o el funcionamiento después del tratamiento en pacientes que padecían FSG con y sin TPE. En un estudio amplio, bien controlado, Brown, Heimberg y Juster (1995) compararon pacientes con fobia social no generalizada, FSG sola y FSG más TPE. Ambos grupos de FSG empezaron y terminaron el tratamiento más deteriorados que el grupo de fobia no generalizada, aunque la presencia del TPE no empeoró aún más la respuesta al tratamiento.

Tres estudios evaluaron los efectos del TPE sobre los tratamientos farmacológicos para la fobia social. Reich, Noyes y Yates (1989) encontraron que los pacientes que padecían fobia social con TPE (N= 14) mostraban disminuciones significativas en las evaluaciones de los entrevistadores sobre síntomas del TPE a lo largo de un tratamiento de ocho semanas con alprazolam. Sin embargo, estas ganancias se perdían después de que se interrumpía la medicación. Versiani *et al.* (1992) comunicaron que sólo 3 (de un total de 27) sujetos con fobia social que cumplían los criterios del DSM-III-R para el TPE al principio del tratamiento continuaban satisfaciendo los criterios diagnósticos después de 16 semanas de tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa, fenelcina y moclobemida. Por el contrario, 14 de 16 pacientes con TPE en la

condición placebo continuaban cumpliendo los criterios diagnósticos. Sin embargo, un número sustancial de pacientes (28%) abandonaron el programa de tratamiento y no está claro cuántos de éstos tenían un TPE. Liebowitz *et al.* (1992) encontraron que las evaluaciones de los entrevistadores de los síntomas del TPE mostraban mayores disminuciones, de forma significativa, después del tratamiento con fenelcina que en una condición de placebo. Estos investigadores encontraron también más reducciones, de forma significativa, en el número de pacientes que satisfacían los criterios diagnósticos del TPE en el grupo de la fenelcina que en el de placebo. Sin embargo, el 58% de los sujetos fóbicos con TPE (7 de 12) seguían cumpliendo los criterios del trastorno después del tratamiento. Un aspecto notable de los últimos dos estudios es que los pacientes con un trastorno depresivo mayor concurrente eran eliminados a través de procedimientos iniciales de cribado. A la luz de la tasa de comorbilidad entre el TPE y la depresión, los sujetos de estos estudios pueden representar un subgrupo seleccionado de los pacientes evitativos. En ninguno de estos estudios se comparó a los individuos que sufrían un TPE más fobia social con un grupo sin TPE, de modo que la tasa relativa de mejoría y el nivel de funcionamiento en el postratamiento no pueden determinarse. Sin embargo, en general, estos estudios indican que los sujetos con fobia social más TPE se benefician de la medicación, especialmente de los inhibidores de la MAO.

Un estudio examinó los efectos del TPE comórbido en pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor. Barber y Muentz (1996) reanalizaron los datos provenientes del estudio del NIMH *(National Institute of Mental Health)* de tratamiento de la depresión para considerar los efectos de los rasgos de la personalidad evitativo y obsesivo-compulsivo sobre el cambio en los síntomas depresivos en respuesta a la terapia cognitiva (TC) y a la psicoterapia interpersonal (PTI). Aunque los datos sugerían que el grupo con TPE mostraba disminuciones significativas en los síntomas depresivos en ambas formas de terapia, los investigadores se centraron principalmente en la comparación de los resultados del tratamiento entre la TC y la PTI. En general, a los pacientes deprimidos con un TPE les fue mejor la terapia cognitiva, tal y como se reflejaba en las disminuciones de las evaluaciones de los entrevistadores sobre los síntomas depresivos, mientras que el TOCP mejoraba más con la PTI.

Conclusión

Considerados en conjunto, estos estudios respaldan la conclusión ya planteada: las condiciones de la TCC son eficaces con el TPE. Además, los tratamientos farmacológicos parecen producir también cambios significativos en los síntomas del TPE. Otro hallazgo que surge de este trabajo es que la presencia de un trastorno depresivo comórbido tiene implicaciones para la selección y el resultado del tratamiento. De manera específica, la depresión reduce la respuesta de pacientes con TPE a la TCC. Sin embargo, incluso con pacientes comórbidos, los tratamientos que incorporan estrategias cognitivas parecen preferibles a las psicoterapias puramente dinámicas.

C) El tratamiento de la fobia social

La década pasada ha sido testigo de una explosión de la investigación sobre el tratamiento de la fobia social. Se han llevado a cabo ensayos controlados sobre varias condiciones farmacológicas y sobre variantes de tratamientos conductuales y cognitivos. Además, se dispone de una serie de estudios comparativos sobre los resultados del tratamiento que proporcionan información sobre la eficacia relativa de las diferentes estrategias. Revisaremos brevemente este trabajo. Se remite al lector interesado en una descripción más detallada a Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier (1995).

Terapia farmacológica

Al menos se han llevado a cabo diez estudios de doble ciego, con grupo placebo, para evaluar los tratamientos farmacológicos. La mayoría de estos estudios controlados se han centrado en tres categorías de fármacos: los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y varias medicaciones ansiolíticas. La fenelcina, un IMAO de la antigua generación, ha sido el fármaco más ampliamente estudiado. Cuatro estudios de evaluación diferentes han demostrado que la fenelcina produce disminuciones significativas en los síntomas de la fobia social en aproximadamente dos tercios de los sujetos que han finalizado el tratamiento (Gelernter *et al.,* 1991; Liebowitz y Heimberg, 1997; Liebowitz *et al.,* 1992; Versiani *et al*., 1992). Además, se encontró que la fenelcina era más eficaz que el atenolol, un betabloqueador (Liebowitz *et al.,* 1992) y que la moclobemida, una nueva generación de IMAO reversibles (Versiani *et al.,* 1992). Estos estudios revelaron también que la fenelcina tenía algunas limitaciones. Se mostró que aproximadamente el 95% de los individuos que utilizaban fenelcina desarrollaba efectos secundarios, comparado con el 12% de la moclobemida y el 29% del placebo (Liebowitz *et al.,* 1992; Versiani *et al.,* 1992). Quizá como consecuencia de estos efectos secundarios, en algunos estudios un número sustancial de pacientes (28%) abandonaban antes de terminar el tratamiento (Versiani *et al.,* 1992). Además, son necesarias restricciones médicas y de la alimentación para una utilización segura, y algunos pacientes no están dispuestos o son incapaces de cumplir con estos requerimientos. Sin embargo, a pesar de estos problemas, la fenelcina se encuentra claramente establecida como una modalidad de tratamiento eficaz.

Se ha encontrado también que la nueva generación de IMAO, la moclobemida y la brofaromina, son superiores a las condiciones placebo (Humble, Fahlen, Koczkas y Nilsson, 1992; van Vliet, den Boer y Westenberg, 1992; Versiani *et al.,* 1992). Aunque es posible que estos fármacos no igualen la tasa de respuesta de la fenelcina, ofrecen algunas ventajas. La breve vida media y la reversibilidad de la inhibición de la MAO de estos fármacos de nueva generación reducen la necesidad de restricciones alimenticias y, como se ha señalado anteriormente, la moclobemida produciría menos efectos secundarios, lo que se esperaría que redujese las tasas de abandono. Por otra parte, era menos probable que los pacientes que tenían síntomas graves o tenían un historial familiar de fobia social respondiesen a la brofaromina, y las evaluaciones que están en marcha informan de tasas de respuesta inferiores para la moclobemida que en estudios anteriores.

Los resultados positivos de los ensayos abiertos sobre los ISRS se han confirmado ahora en dos estudios con un grupo placebo de control. Ambos estudios encontraron que la fluvoxamina producía cambios significativos comparada con grupos placebo (den Boer, van Vliet y Westenberg, 1994; Davidson, 1997), aunque un estudio más reciente indica que la tasa de respuesta (53%) podría ser menor que la producida por la fenelcina (Davidson, 1997). Por otra parte, los ISRS no tienen los problemas asociados al consumo de la fenelcina, lo que puede hacerlos más aceptables por los pacientes.

La tercera categoría de fármacos, los ansiolíticos, han tenido un éxito irregular. Se encontró que el clonazepam, una benzodiacepina, era más eficaz que el placebo (Davidson *et a*+ 1993). Además, los beneficios obtenidos se mantenían en un seguimiento de dos años, aunque los pacientes seguían mostrando síntomas de fobia social (Sutherland *et al.,* 1996). Una segunda benzodiacepina, el alprazolam, funciona algo peor. Aunque el alprazolam se diferenciaba de forma significativa del placebo, los efectos eran modestos y, una vez que la medicación se retiraba, la tasa de recaída era elevada (Gelernter *et al.,* 1991). La buspirona, un ansiolítico no benzodiacepínico, no se diferenciaba de un grupo placebo control, aunque esto podría haber sido debido a la baja dosis evaluada (Clark y Agras, 1991).

Psicoterapia

Se encuentran disponibles algunas evaluaciones sobre los resultados de los tratamientos psicológicos para una serie de intervenciones conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales. Las estrategias conductuales son de dos tipos principales: entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y exposición (EXP). Las intervenciones cognitivas se han basado en procedimientos de la terapia racional emotivo-conductual (TREC) o de reestructuración cognitiva. Las condiciones cognitivo-conductuales (TCC) combinan estos dos enfoques generales de tratamiento. Nos detendremos en estas estrategias seguidamente.

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) habitualmente implica la enseñanza de habilidades sociales y de automanejo básicas utilizando técnicas como el modelado, el ensayo de papeles, la retroalimentación, el autorregistro y las tareas para casa. Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1986) encontraron que el EHS sólo era más eficaz que una condición control sin tratamiento en una serie de medidas de autoinforme y conductuales, y que estos beneficios se mantenían en un seguimiento durante tres meses. Un importante predictor era la gravedad del trastorno en la línea base. Stravynski, Marks y Yule (1982) utilizaron una intervención de EHS similar más el añadido de la modificación cognitiva, pero este cambio no hizo más eficaz al tratamiento que el EHS solo. El EHS, con y sin modificación cognitiva, tuvo como resultados beneficios cognitivos, disminución de la ansiedad y un aumento de la frecuencia de las conductas sociales que se mantenían durante un seguimiento de seis meses. Por el contrario, Turner *et al.* (1994) encontraron que el EHS podía mejorarse de forma significativa añadiendo TCC. Su terapia, denominada Terapia de la Eficacia Social *(Social Effectiveness Therapy),* incluía educación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición en la imaginación o en vivo y práctica programada. Desafortunadamente, esta terapia integradora no se comparó con

un grupo control ni con el EHS solo, de modo que no está claro cuanta ganancia se produjo de la combinación o simplificación del componente cognitivo-conductual.

Algunos estudios han investigado la eficacia de la exposición graduada (EXP) sola. En un estudio, la EXP se mostró más eficaz que una condición placebo de lista de espera, produciendo cambios en medidas cognitivas, conductuales y de ansiedad subjetiva (Newman *et al.,* 1994). En un segundo estudio, la EXP graduada como tarea para casa condujo también a mejoras significativas, manteniéndose las ganancias en un seguimiento de un año (Fava, Grandi y Canestrari, 1989). Desafortunadamente, en este estudio no se utilizó una condición placebo de control, lo que comprometió la validez de los resultados.

Heimberg y sus colaboradores (Heimberg, Becker, Goldfiger y Vermilea, 1985; Heimberg *et al.,* 1990) desarrollaron un tratamiento cognitivo-conductual de grupo (TCCG), que incluía reestructuración cognitiva, exposición en la imaginación y en vivo y tareas para casa. En un estudio, los pacientes mejoraron utilizando medidas de ansiedad autoinformada y de actuación conductual en una situación simulada de representación de papeles, mejoras que se mantenían en el seguimiento a los seis meses (Heimberg, Becker, Goldfiger y Vermilea, 1985). A diferencia de este estudio preliminar, que utilizaba una línea base múltiple sin grupo control, se realizó un segundo estudio que incluyó una intervención educativa/de apoyo para controlar los efectos de la atención/expectativas y que aumentó el tamaño de la muestra de pacientes desde 7 hasta 49 (Heimberg *et al.,* 1990). Con respecto a la condición control, el TCCG produjo una mejoría mayor en las medidas conductuales así como en la Escala de Evaluación de la Gravedad de la Fobia *(Phobic Severity Rating Scale).* El TCCG mantuvo estas ganancias conductuales en el seguimiento a los seis meses y estos individuos estaban considerablemente menos ansiosos que los sujetos control.

Comparación de las psicoterapias

Varios estudios han investigado la eficacia diferencial de los distintos enfoques psicoterapéuticos. Las comparaciones entre la TREC y la terapia de exposición han encontrado que ambos métodos son igual de eficaces (Emmelkamp, Mersch, Vissis y van der Helm, 1985; Scholing y Emmelkamp, 1993). Otros estudios han comparado la TREC o la exposición solas con un enfoque cognitivo-conductual combinado. Un estudio, que integraba la TREC y la exposición en vivo en un programa cognitivo-conductual, encontró que esta combinación era más eficaz que sus componentes utilizados solos (Scholing y Emmelkamp, 1993). Sin embargo, no se obtuvieron beneficios sustanciales con la TCC hasta ya adentrado el proceso de tratamiento. Otro estudio encontró que la TCC, que incluía el manejo de la ansiedad y la exposición, condujo a una menor ansiedad social que la exposición sola (Butler *et al.,* 1984). Finalmente, un tercer estudio halló que la exposición guiada era tan eficaz como la TCC (reestructuración cognitiva junto a exposición guiada) y que ambos grupos obtenían más beneficios que el grupo de terapia cognitiva (Mattick, Peters y Clarke, 1989). Estos hallazgos sugieren que la exposición y la TCC son igual de eficaces y que ambas son superiores a un enfoque cognitivo simple a la finalización del tratamiento.

La extensión de los hallazgos de Mattick, Peters y Clarke (1989) en el seguimiento revela un panorama diferente sobre los resultados del tratamiento. Sólo tres meses después del tratamiento, el grupo de exposición empeoró y fue superado por el grupo de terapia cognitiva, que continuaba mejorando. Estos resultados sugieren que el componente cognitivo del TCC podría ser el ingrediente que permita a los pacientes que sigan obteniendo beneficios una vez terminado el tratamiento. Los pacientes que recibieron TCC habían mejorado sustancialmente más en el seguimiento que los sujetos de los otros dos grupos. Mattick y Peters (1988) encontraron también que los pacientes que recibieron TCC mostraban un aumento de la conducta social, una disminución de la evitación y un funcionamiento global superior comparados con los que recibieron una exposición guiada sola. Sin embargo, en este caso no encontraron un patrón de empeoramiento en los individuos que habían recibido la exposición. Algunos otros estudios han ilustrado las ventajas de estudiar los resultados tanto a la finalización del tratamiento como en el seguimiento, lo que demuestra que puede que todos los beneficios de la TCC no se produzcan de forma inmediata. Estos estudios han apoyado la conclusión general de que la TCC es más eficaz, y con una tasa de recaída menor, que las técnicas cognitivas o conductuales solas (p. ej., Buder, *et al.,* 1984; Scholing y Emmelkamp, 1993b; Scholing y Emmelkamp, 1996).

Esta conclusión ha sido confirmada por un meta-análisis sobre los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social (Taylor, 1996). Este autor concluyó que la terapia cognitiva, el EHS y las estrategias de exposición no se diferenciaban en la tasa de recaídas, y todas eran eficaces con respecto a los controles de lista de espera. Sin embargo, sólo la combinación de la exposición y la terapia cognitiva producían tamaños del efecto fiablemente mayores que las condiciones control de atención/expectativas.

Terapia farmacológica frente a psicoterapia

Cuatro estudios han comparado la eficacia de la farmacoterapia y la psicoterapia. Turner, Beidel y Jacob (1994) encontraron que la inundación era ligeramente superior al atenolol y significativamente más eficaz que el placebo. En el seguimiento a los seis meses, aunque el grupo del atenolol mantenía algunas ganancias fuera del área conductual, el grupo de inundación conservaba la mayoría de los beneficios y realizaba mejoras comportamentales significativas. El segundo estudio comparó fenelcina, alprazolam, terapia cognitivo-conductual y placebo en forma de píldora, y encontró que los dos tratamientos con fármacos fueron significativamente más eficaces que la TCC (Gelernter *et al,* 1991). Sin embargo, los grupos que utilizaron fármacos y píldora incluyeron instrucciones para la autoexposición a los estímulos fóbicos, un componente común en muchas terapias de conducta. Por otra parte, el estudio no incluyó datos sobre seguimiento, en los que se esperaría que la TCC mostrase una mayor eficacia. Clark y Agras (1991) encontraron que la TCC producía un cambio mayor que la buspirona o la píldora-placebo. Finalmente, un último estudio a gran escala, realizado en dos lugares, comparó la fenelcina con un grupo de TCC basado en la perspectiva de Heimberg (Liebowitz y Heimberg, 1997). Ambas intervenciones mostraron la misma tasa de recaídas y eran más eficaces que los controles placebo, aunque la fenelcina era superior al placebo en más me-

didas que la TCCG. No surgieron diferencias en la tasa total de respuesta, pero la fenelcina produjo un cambio mayor que la TCCG en evaluaciones dimensionales de los síntomas y la TCCG produjo un cambio mayor en las evaluaciones de la actuación social. En el seguimiento a los 12 meses, el grupo de la fenelcina tenía una mayor tasa de recaídas. No obstante, las diferencias entre la fenelcina y la TCCG en la mejora de los síntomas permanecieron para aquellos que no recayeron. En general, la fenelcina solía producir una respuesta de todo o nada. Para los pacientes que responden, la fenelcina actúa de forma rápida y significativa a la hora de reducir la ansiedad y la evitación. Por otra parte, la TCCG era más lenta a la hora de producir efectos, pero esas ganancias hacían que recayesen menos pacientes.

Resumen

La farmacoterapia y varios tipos de psicoterapia son eficaces para el tratamiento de la fobia social. Los fármacos, especialmente la fenelcina, actúan de forma rápida y continúan siendo eficaces en tanto en cuanto sigan administrándose. Desgraciadamente, la fenelcina puede producir efectos secundarios de leves a moderados y el éxito al término del tratamiento no es necesariamente indicativo de beneficios permanentes. La bibliografía sobre la psicoterapia es más difícil de interpretar, ya que hay muchas maneras diferentes de llevar a cabo las intervenciones cognitivas y conductuales. Estas terapias solas son habitualmente más eficaces que la falta de tratamiento, pero los efectos más potentes y duraderos se producen cuando estas técnicas se combinan, como en la terapia cognitivo-conductual. Mientras que la TCC a menudo es lenta a la hora de producir beneficios inicialmente, estas ganancias tienen lugar antes de que termine el tratamiento y las recaídas parecen ser menos frecuentes que en el caso de otras intervenciones. Además, a menudo se observan más beneficios después de haber terminado el tratamiento.

Conclusiones

La bibliografía indica que los pacientes con evitación y ansiedad social clínicamente significativas pueden tratarse eficazmente por medio de intervenciones psicológicas y farmacológicas. Cuál de estas estrategias generales de tratamiento se ha de seleccionar será una decisión conjunta del paciente evitativo y de su terapeuta. Las estrategias psicológicas parecen ser el tratamiento de elección para los pacientes que no quieren tomar fármacos, que son incapaces de seguir las limitaciones que los medicamentos (como la fenelcina) requieren o que no se benefician de la farmacoterapia. Algunos pacientes y terapeutas pueden también elegir la combinación de los dos enfoques. Desgraciadamente, existen pocos estudios que hayan evaluado la eficacia de esas combinaciones y, en este punto, no está claro si la combinación de las prescripciones psicológicas y farmacológicas proporcionaría los beneficios propios de cada una de ellas o si producirían una interferencia mutua. Ésta es una cuestión que precisa urgentes estudios. Seguidamente describiremos el proceso de llevar a cabo un programa de tratamiento cognitivo conductual, un programa guiado por nuestra perspectiva cognitivo-interpersonal de tratamiento.

22.3.2. *Un esquema de tratamiento cognitivo-interpersonal*

La bibliografía empírica demuestra la eficacia de las estrategias cognitivo-conductuales en el tratamiento del TPE, pero habitualmente no proporciona detalles sobre la forma en que esas estrategias se tienen que llevar a cabo. En este apartado, se hablará del proceso de utilizar técnicas cognitivo-conductuales para pacientes con evitación. Se dedicará una especial atención a los problemas frecuentes que surgen en el curso del empleo de estas estrategias. La presentación se basará en un formato de tratamiento individual; sin embargo, estas técnicas pueden adaptarse también a un formato grupal.

Aunque nuestro enfoque se basa en un marco cognitivo-conductual, creemos que es útil integrar también algunos aspectos de la terapia interpersonal (véase Alden, 1989b, 2001). La paradoja inherente al tratamiento psicológico es que a los pacientes con evitación, que son reticentes y temerosos a nivel interpersonal, se les exige que funcionen en un contexto interpersonal si se quiere que se beneficien de la terapia. Así, se requiere que los pacientes con evitación se enfrenten a la misma situación que temen, discutiendo de sus miedos y sus problemas con una persona desconocida. No es ninguna sorpresa que a menudo tengan problemas para hacerlo. Pensamos que es necesario que haya discusiones sobre los miedos del paciente con respecto a la desaprobación del terapeuta y a la naturaleza de la relación paciente-terapeuta si queremos que el paciente y el terapeuta desarrollen una relación de colaboración que les permita llevar a cabo las estrategias técnicas de cambio de conducta. Hablaremos detalladamente del proceso interpersonal al final de este apartado.

Además, encontramos que algunos conceptos extraídos de la teoría interpersonal son útiles a la hora de educar a los pacientes con evitación sobre la naturaleza de las relaciones interpersonales. Específicamente, estos pacientes no suelen reconocer la naturaleza transaccional de la conducta interpersonal, que su comportamiento social, o más frecuentemente, la ausencia de ese comportamiento, tiene un impacto sobre los demás o que supone un "esfuerzo" de reacciones complementarias. Reconocen que sus intentos por relacionarse con los demás no funcionan bien; no obstante, suelen atribuir estas dificultades a alguna profunda inadecuación personal. A menudo son incapaces de comprender que su conducta manifiesta, no algún aspecto subyacente de su carácter, hace que los demás se aparten de ellos. Otros pacientes atribuyen sus problemas a una ausencia de habilidades sociales. Sin embargo, encontramos que habitualmente no es la ausencia de habilidades conductuales lo que produce resultados sociales negativos, sino la presencia de expectativas y pensamientos negativos que inhiben el comportamiento social positivo. Por consiguiente, intentamos educar a los pacientes sobre la naturaleza interactiva de las transacciones sociales y sobre la forma en la que sus cogniciones negativas les llevan a seleccionar estrategias interpersonales que hacen que los demás se mantengan a distancia. Sin embargo, al contrario que en las terapias puramente interpersonales, habitualmente no utilizamos la relación paciente-terapeuta para hacerlo, sino que hacemos que presten atención a los patrones que surgen en sus transacciones diarias. Entre otras estrategias, les pedimos que hagan cosas tales como reflexionar sobre cómo puede ser interpretado su comportamiento por los de-

más y que observen cómo diferentes patrones de su conducta provocan distintas respuestas en los otros.

No recomendamos terapia únicamente interpersonal para la mayoría de los pacientes con evitación. Nuestra experiencia es consistente con los hallazgos de Barber y sus colaboradores señalados antes. Estos pacientes se benefician menos de este enfoque que uno que les exija que se enfrenten, fuera de las sesiones, a las situaciones que temen y que experimenten con diferentes tipos de conducta social (Barber *et al.,* 1997). Encontramos que estos pacientes tienen dificultades para manejar su ansiedad en las sesiones de tratamiento y que centrarse de forma inmediata y prolongada en la relación terapeuta-paciente conduce a períodos de silencio improductivos y a una situación de malestar. Sin embargo, puede ser necesaria alguna discusión sobre las creencias del paciente acerca de las expectativas de su terapeuta, con el fin de superar la resistencia ante las estrategias de la TCC. Estas ideas se incorporarán más adelante.

Se hablará de las estrategias específicas en el orden en el que habitualmente se llevan a cabo con pacientes específicos, aunque puede que los terapeutas encuentren útil colocar estas estrategias de forma diferente o incluso eliminar algunas etapas. En general, los objetivos del tratamiento consisten en animar a los pacientes a examinar de manera objetiva su conducta social, identificar creencias inexactas u obsoletas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones conductuales ineficaces, experimentar nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales y observar cómo los cambios en su comportamiento producen diferentes resultados sociales. Este proceso a menudo conduce a discusiones sobre sus creencias más profundas acerca de sí mismos y de sus patrones interpersonales, temas cuya identificación y discusión resultan beneficiosas. Se empezará hablando sobre las estrategias de autorregistro.

A) El autorregistro

Los individuos evitadores y socialmente ansiosos suelen centrar su atención en ellos mismos durante las interacciones sociales (Alden, Mellings y Rider, 2000; Alden, Teschuck y Tee, 1992; Clark, 2001; Clark y Wells, 1995; Woody, Chambless y Glass, 1997). Esto puede disminuir su capacidad para conseguir información sobre las otras personas y sobre el contexto de la interacción (Mellings y Alden, 1997; Hope, Heimberg y Klein, 1990). Como consecuencia, a menudo basan sus conclusiones con respecto a su actuación y a las respuestas de los demás hacia ellos en sus creencias negativas preexistentes y en su malestar interno, en vez de en una información objetiva sobre la situación. Además, los pacientes con un TPE manifiestan tanto evitación cognitiva como evitación conductual. Son reacios a observar con cuidado sus encuentros sociales por temor a lo que puedan encontrar, y después de las interacciones les queda sólo una vaga sensación de inadecuación, fracaso y ansiedad. Así, al comienzo del tratamiento, es poco probable que los pacientes con evitación tengan una imagen adecuada de la naturaleza de sus problemas interpersonales. Los terapeutas deberían tener cuidado y no basar las actividades del tratamiento en las descripciones iniciales del paciente.

Cuadro 22.2. *Formato de autorregistro.*

Día	Situación	Ansiedad (1-100)	Pensamientos y temores	Resultados sociales (por ejemplo, respuestas de los demás)

El primer paso en el tratamiento es enseñar al paciente a observar las situaciones sociales desde una perspectiva objetiva y a llevar a cabo un análisis racional de lo que ocurrió. La mejor manera de realizar esto es hacer que los pacientes vigilen sus interacciones sociales y registren los acontecimientos con suficiente detalle para que el terapeuta y el paciente puedan analizar la situación durante las sesiones. Puede serle útil al terapeuta proporcionar formatos de autorregistro para ayudar al paciente a comenzar (véase el cuadro 22.2 como una muestra de autorregistro). Nótese que estos formatos exigen a los pacientes que sigan de cerca los pensamientos y miedos que surjan y también que se den cuenta de cómo los demás les responden. Estas observaciones proporcionan la información necesaria para las técnicas de modificación cognitiva. Si todo va bien, el terapeuta empezaría a comprender las creencias negativas que dan energía a la evitación por parte del paciente y a identificar aquellas situaciones que son más problemáticas. Igual de importante es que los pacientes superen su evitación conductual y cognitiva y que empiecen a analizar las situaciones problemáticas, en vez de refugiarse en la autoinculpación automática y en el aislamiento social.

Problemas frecuentes

1. *El fracaso del paciente en vigilar las interacciones positivas.* Si se les deja a su propia iniciativa, los pacientes con un TPE tenderán a darse cuenta y a registrar sólo las situaciones problemáticas. Cuando se introduce el autorregistro, los terapeutas deberían pedir de forma específica que los pacientes sigan de cerca también las situaciones en las que no se sienten ansiosos o, incluso si están ansiosos, las situaciones que fueron bien. Los pacientes con evitación podrían necesitar, inicialmente, ayuda para reconocer estos encuentros sociales. Cada semana, los terapeutas deberían preguntar, de manera explícita, sobre los encuentros que fueron bien.

2. *El fracaso del terapeuta en recoger los detalles.* Nuestra experiencia nos dice que los terapeutas están predispuestos a aceptar las conclusiones de los pacientes con respecto a las situaciones sociales problemáticas sin tener los detalles suficientes para juzgar, por sí mismos, si las evaluaciones negativas del paciente son correctas. Como se señaló antes, existe una amplia evidencia empírica que llega a la conclusión de que los individuos socialmente ansiosos tienen un sesgo negativo en la forma como procesan la información sobre las situaciones sociales. Así, el terapeuta debería pedir al paciente que describiese la situación problemática con detalle, incluso preguntándole, "¿qué dijiste exactamente?, y luego, ¿qué dijo o hizo la otra persona?", hasta que se hayan presentado los detalles suficientes para que el *terapeuta* pueda evaluar si la actuación del paciente fue tan negativa como éste temía. Este procedimiento enseña también a los pacientes a descomponer y analizar por sí mismos los encuentros sociales.
3. *La falta de objetividad del terapeuta.* El terapeuta no debe permitir que sus valoraciones estén sesgadas por la percepción negativa del paciente sobre la situación, sino que tiene que valorar objetivamente cómo se desarrolló la interacción. Los pacientes con evitación habitualmente manejan las interacciones sociales mejor de lo que ellos llegan a darse cuenta y los demás responden generalmente de forma más positiva de lo que el paciente cree.
4. *La falta de adherencia al tratamiento del paciente.* No es sorprendente que los pacientes que habitualmente utilizan la evitación como una estrategia de afrontamiento tiendan también a evitar los ejercicios de auto-observación. Lo que aparece ante el terapeuta como un sencillo proceso de apuntar observaciones sobre la propia vida es para el paciente con evitación otra oportunidad para sentirse inadecuado. Semana tras semana, el paciente puede presentar lo que parecen excusas razonables para su falta de adherencia al tratamiento. Es sorprendente cómo muchos terapeutas aceptan estas excusas sin discusión y lo único que hacen es recomendar al paciente que lo intente otra vez. Otros terapeutas, sin reconocerlo, adoptan una actitud de reprimenda, lo que aumenta de forma involuntaria la sensación de inadecuación que tiene el paciente. En vez de considerar la falta de adherencia como una molestia, el terapeuta debería reconocerla como un ejemplo específico de un patrón general de evitación y utilizarlo de manera terapéutica. El terapeuta puede empezar con un comentario del tipo "Te resulta difícil fijarte en estas situaciones. Pienso que puede ser importante para nosotros comprender por qué el hecho de observar tus interacciones sociales hace que te sientas incómodo". Algunos pacientes no entienden el procedimiento, pero temen pedir que se lo aclaren. Otros dudan sobre su capacidad para hacer la tarea lo suficientemente bien de forma que agrade al terapeuta. Y unos terceros son incapaces de ver el valor de los ejercicios de auto-observación, pero son reacios a disentir con el terapeuta. De este modo, la falta de adherencia ofrece la oportunidad de empezar a discutir los temores del paciente con respecto al análisis de su propio comportamiento y su dificultad a la hora de expresar sus preocupaciones al terapeuta.

B) Modificación cognitiva: estrategias de primer nivel

En cuanto el terapeuta y el paciente revisan el autorregistro del paciente, aquél puede dar algunos pasos preliminares para modificar los procesos y las creencias cognitivas inadecuados. Es importante que el terapeuta distinga entre estrategias y objetivos cognitivos durante las fases inicial, media y final del tratamiento. La meta de las estrategias de la fase inicial consiste en establecer los fundamentos comprobados para un trabajo cognitivo posterior, más profundo. De esta forma, estas estrategias deberían centrarse en situaciones específicas, en vez de hacerlo en patrones globales, y presentarse de una manera provisional, de búsqueda de hechos, sin una confrontación prematura o sin intentos de persuadir al paciente de que su sistema de creencias es erróneo. Conforme avanza el tratamiento y se han establecido estos fundamentos probatorios, el terapeuta pasa a las estrategias de la fase media, que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento de base emocional, aspectos que suelen caracterizar a los pacientes con evitación. En este punto, el terapeuta saca conclusiones sobre los patrones del paciente a través de situaciones individuales. En las últimas fases del tratamiento, el terapeuta será capaz de discutir tanto los amplios asuntos interpersonales que subyacen a la conducta social ineficaz como las creencias nucleares más profundamente enraizadas del paciente que contribuyen a su sensación de baja autovalía. En este momento, el terapeuta estará en una mejor posición para ofrecer una perspectiva que difiera de la del sistema de creencias del paciente. Nuestro concepto de los tres niveles de intervención cognitiva se describen en el cuadro 22.3, junto con ejemplos del tipo de factores cognitivos que a menudo se abordan en cada nivel. Para ser eficaz, el terapeuta tiene que darse cuenta del nivel en el que el paciente está trabajando, ya que los sujetos se diferencian en la velocidad en la que se mueven entre niveles.

En los pacientes con evitación, las actividades cognitivas de la primera fase se dirigen habitualmente hacia tres objetivos: 1) reducir la atención centrada en uno mismo aumentando la atención del paciente hacia otras personas, 2) sustituir la sensación global del individuo de inadecuación por una perspectiva más detallada, más situacional, y 3) hacer que los pacientes se den cuenta de su razonamiento de base emocional sin cuestionarlo todavía. El primer objetivo se lleva a cabo, en parte, por el ejercicio de autorregistro descrito anteriormente, en el se hace que el paciente preste atención a las reacciones de los demás hacia él. Cuando se revisa el autorregistro, el terapeuta puede emplear comentarios del tipo: "¿Cómo respondió la otra persona? ¿Te criticó o se marchó? ¿Dijo o hizo algo que te pareciese negativo?". Pidiendo al paciente que se acuerde de los comentarios o comportamientos específicos de los demás, el terapeuta redirige su atención hacia la información objetiva sobre la situación. De este modo, se anima a los sujetos a que vayan más allá de sus evaluaciones iniciales de los encuentros sociales, que a menudo se basan en su malestar interno y en sus creencias preexistentes. Es importante que el terapeuta se dé cuenta de cuándo las respuestas de los demás contradicen las predicciones negativas del paciente (como "Así que, aunque esperabas que ella no fuese amable, sonrió y te habló"). Esta información contradictoria debería presentarse con un tono de voz realista, sin una elaboración mayor. Habitualmente es prematuro cuestionar las ex-

Cuadro 22.3. *Niveles de estrategias de intervención cognitiva.*

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Estrategias cognitivas preliminares	Objetivo: Establecer las bases probatorias de posteriores intervenciones cognitivas. Centro de atención: situaciones específicas. Tono: tentativo, de búsqueda de hechos.	*a)* Cambiar de la atención centrada en uno mismo a la atención centrada en los demás. Sustituir la sensación global de inadecuación por una perspectiva situacional, centrada en los detalles. *c)* Señalar ejemplos de razonamiento de base emocional.
Estrategias cognitivas de segundo nivel	Objetivo: Identificar creencias y procesos cognitivos generales. Centro de atención: Patrones a través de diferentes situaciones. Tono: Analítico-racional.	*a)* Identificar y modificar evaluaciones sociales sesgadas. • Predicciones negativas. • Autorregistro e interpretaciones catastróficas de pequeños errores. • Rebajando las actuaciones. *b)* Modificar el razonamiento de base emocional.
Estrategias cognitivas de tercer nivel	Objetivo: Identificar y discutir creencias nucleares sociales y sobre uno mismo. Centro de atención: Temores y conflictos que subyacen a la conducta social autoderrotista. Tono: Profundamente empático.	*a)* Clarificar y modificar el sentido negativo de uno mismo. *b)* Identificar y modificar temas interpersonales nucleares.

pectativas del paciente en este punto, ya que es poco probable que los sujetos con evitación reconsideren sus expectativas sociales negativas antes de que se den cuenta de una serie de situaciones en las que se contradicen sus creencias.

Puede ser también útil animar al paciente a que adopte la perspectiva de la otra persona con preguntas del tipo: "¿Cómo piensas que te percibió?" "¿Cuál de tus comportamientos hizo que te viese de esa manera?" Después de reflexionar, algunos pacientes reconocerán que pueden estar transmitiendo una actitud de distanciamiento o de hostilidad, lo que puede utilizarse como la base para una discusión sobre los cambios conductuales que podrían corregir este mensaje hostil. Otros revelarán percepciones erróneas profundamente enraizadas. Por ejemplo, un hombre con evitación dijo que los demás le veían como emocionalmente perturbado debido a su tendencia a sonrojarse y tartamudear. De nuevo, habitualmente es prematuro desafiar esas creencias erróneas al inicio del tratamiento, especialmente en pacientes con una evitación más profunda. Rebajarán los in-

tentos de presentar un panorama diferente como intentos de "ser amable" o como prueba de que no les comprenden. Este ejercicio hace que el terapeuta se dé cuenta de los temores más profundos de la persona, de modo que aquél puede empezar a buscar acontecimientos que contradigan el sistema de creencias específico del paciente.

El segundo objetivo, la delimitación del problema, puede realizarse identificando situaciones que transcurrieron mejor y las que fueron peor. Los terapeutas a menudo encuentran que el paciente maneja algunas situaciones adecuadamente, incluso bien. Verbalizaciones del tipo "Esta semana dos situaciones fueron bastante bien. De modo que, en ocasiones, sabes tratar con la gente" o "Pareces encontrarte más cómodo con los amigos. Son las situaciones laborales las que parecen difíciles" ayuda a los pacientes a reconocer los límites de sus dificultades. Incluso en las situaciones sociales en las que la persona tiene dificultades, puede que ésta haya manifestado algunas conductas apropiadas y, entonces, se deben subrayar estos elementos positivos. Por ejemplo, puede que el paciente haya sido capaz de asistir a un evento social y hacer algunos comentarios a varias personas, incluso si se ha sentido ansioso o esperaba hablar más. El terapeuta puede identificar lo que el paciente ha hecho bien (asistir al acontecimiento en vez de evitarlo, hablar en lugar de permanecer mudo) para dar a esta información una mayor relevancia. Es útil también pedir al paciente que compare las situaciones que fueron mejor con las que fueron peor y que identifique qué las hace diferentes. Por medio del análisis detallado de las variaciones situacionales, el terapeuta puede incrementar la comprensión por parte del paciente de su problema y reemplazar gradualmente la sensación de total inadecuación por una perspectiva más concreta del mismo. Es crucial que los terapeutas desarrollen la capacidad para reconocer los aspectos positivos del comportamiento del paciente y de identificar las situaciones que fueron bien.

El tercer objetivo, incrementar que el paciente se dé cuenta de su razonamiento de base emocional, puede abordarse también mientras se revisa el autorregistro. A veces, el terapeuta reconocerá que toda la información objetiva sugiere que el paciente manejó bien un encuentro social, pero éste cree que fue un fracaso. A menudo esto indica que los pacientes están basando sus evaluaciones del acontecimiento en su propio malestar durante la situación. Las verbalizaciones que resumen esta tendencia (p. ej., "Así que, aunque no hiciste nada mal y los demás no dieron signos de crítica o desaprobación, debido a que te sentiste nervioso, piensas que fallaste") fijan el escenario para discusiones posteriores sobre el razonamiento de base emocional. Con el tiempo, los pacientes pueden llegar a reconocer que su experiencia interna de ansiedad no prueba inevitablemente que ha sucedido algo malo.

Problemas frecuentes

1. *Conclusiones prematuras*. Los terapeutas no deberían intentar sacar demasiado temprano conclusiones generales sobre los patrones cognitivos e interpersonales del paciente, sino recoger información sobre los encuentros de éste a lo largo de una serie de semanas. No sólo tendrá el terapeuta una mejor comprensión de las dificultades del sujeto, sino que será más creíble cuando presente interpretaciones

que difieran de las creencias del mismo. Además, es más probable que los pacientes consideren explicaciones alternativas porque ya han empezado a analizar sus encuentros sociales con más detalle y a darse cuenta de experiencias que contradicen las creencias que mantienen. Al principio del tratamiento, los comentarios deberían ser resúmenes de los hechos que tienen que ver directamente con situaciones específicas.

2. *Desafíos prematuros.* Algunos terapeutas empiezan a cuestionar el sistema de creencias del paciente demasiado temprano en el curso del tratamiento. Saltan con cada ejemplo de pensamiento negativo o inadecuado e intentan persuadir al paciente de que debería pensar de forma diferente, sin haber establecido primero unos cimientos apropiados. La comprensión del terapeuta no es equivalente a la comprensión del paciente. En especial, los pacientes con evitación más grave necesitarán de una serie de semanas en las que analizar sus encuentros sociales y discutir sus conflictos y temores interpersonales antes de que empiecen a considerar la posibilidad de que sus miedos puedan ser exagerados. El cuestionamiento prematuro puede hacer que el paciente con evitación se sienta incomprendido o incluso atacado. Los individuos más a la defensiva, más tranquilos, podrían volverse irritables y discutidores y los pacientes tímidos, que tienen dificultades para expresar sus propias opiniones, puede que elijan finalizar el tratamiento. Puesto que los pacientes con un TPE están predispuestos a interpretar cualquier conducta que no sea una aceptación completa como crítica y desaprobación, los terapeutas deben tener cuidado de que sus primeros intentos de introducir una perspectiva diferente no los interprete el paciente como otra prueba de inadecuación personal.

C) Activación conductual

Una característica de los sujetos con un TPE es que son reacios a correr riesgos e implicarse en nuevas actividades. Como consecuencia, muchos pacientes con evitación llevan vidas muy limitadas que siguen rutinas fijas. Estas restricciones pueden extenderse más allá de las actividades sociales hasta otros aspectos de la vida, como las actividades físicas y otros intereses. Algunos pacientes tienen cuidado de viajar al trabajo de la misma manera, comprar en las mismas tiendas, etc. En el TPE grave, el temor a las situaciones desconocidas puede llevar a una existencia vacía, solitaria, en la que el paciente parece estar en un estado de parálisis conductual. Al inicio del tratamiento, los terapeutas deberían animar a los pacientes con evitación a que amplíen sus actividades. Si la evitación del paciente va de moderada a grave, puede que el terapeuta desee empezar a estimular las actividades físicas y los intereses que requieran poco contacto social. El objetivo perentorio de las estrategias de activación conductual es sacar a los pacientes de sus rutinas y reducir sus miedos ante las situaciones y actividades desconocidas. La activación conductual ofrece también beneficios sustanciales al combatir el estado de ánimo depresivo encontrado frecuentemente en los pacientes con un TPE. Es muy probable que los pacientes con trastornos del estado de ánimo comórbidos se encuentren en un estado de

parálisis conductual y que necesiten moverse antes de ser capaces de beneficiarse de las intervenciones más centradas en sus miedos sociales.

D) La exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor

Como demuestran claramente los estudios revisados anteriormente, la exposición a las situaciones temidas constituye un elemento esencial en el tratamiento de la evitación y la ansiedad sociales (Taylor, 1996). Tan pronto como sea posible, se debe animar a los pacientes a que participen en las situaciones sociales que temen y a que se impliquen en los tipos de comportamientos que les provocan ansiedad (p. ej., iniciar interacciones, expresar opiniones y manifestar preferencias personales). Las estrategias de exposición son tan importantes en los tratamientos cognitivos como en los puramente conductuales, ya que pueden utilizarse para demostrar a los pacientes que sus creencias y expectativas sociales son claramente negativas. Expresado en terminología cognitiva, los resultados de los acontecimientos sociales proporcionan información que los terapeutas pueden emplear para modificar los esquemas sociales y de sí mismos que tienen los pacientes. Los sujetos con un TPE se diferencian ampliamente en el número y los tipos de situaciones que temen. Difieren también en términos de las conductas sociales en las que tienen problemas y en el contenido específico de las creencias de temor que subyacen a su ansiedad. La exposición es más eficaz cuando se seleccionan las situaciones objetivo por su relevancia para el paciente específico, con lo que el autorregistro habitualmente proporciona la mejor información. A la luz del número de situaciones que provoquen ansiedad en los pacientes con evitación, es útil agruparlas según características comunes. Como paso inicial, las situaciones se pueden agrupar según la dimensión social y la profundidad de la relación implicada. Las principales dimensiones sociales son: *a)* tratar con extraños, *b)* encuentros laborales, *c)* encuentros de amistad, *d)* situaciones románticas/sexuales y *e)* relaciones familiares. Los pacientes con características de evitación moderadas pueden tener más dificultades en algunas dimensiones que en otras. Por ejemplo, algunos pacientes socialmente ansiosos se encuentran cómodos con sus familias y amigos, pero experimentan un temor importante en situaciones laborales o con extraños. Por ejemplo, un hombre con evitación que creía que temblar o mostrar cualquier señal de ansiedad en situaciones laborales llevaría a sus supervisores y compañeros de trabajo a creer que era "raro" y le perderían el respeto, no tenía el mismo temor con la familia y los amigos. Por el contrario, hemos encontrado también individuos con un TPE que funcionaban mejor en situaciones sociales laborales porque se encontraban cómodos ocultándose detrás de roles laboralmente determinados. Esos pacientes informarán de que pueden "llevar a cabo la parte" requerida por su trabajo y que sus temores se centran a la hora de revelar sus "sí mismos" privados. Otros pacientes con un TPE tendrán dificultades en todas las dimensiones, aunque los temores y las conductas que dan lugar a sus problemas en cada dimensión pueden variar. Por ejemplo, un hombre con evitación visto en nuestra clínica era distante e irritable con sus compañeros de trabajo, pero se mostraba ansioso e inseguro en las citas románticas. Los encuentros sociales pueden analizarse también en términos de la intimidad de la relación implicada. Las interacciones interpersonales pueden

conceptualizarse también a lo largo de un continuo de intimidad (Altman y Taylor, 1973). En un extremo están los encuentros superficiales con extraños, como tratar con vendedores, preguntar por direcciones, etc. El nivel siguiente implica encuentros con conocidos, con los que pueden tener una implicación mayor. Más intimidad aún se encuentra en las situaciones de amistad y, finalmente, están las relaciones románticas. Cada nivel requiere diferentes competencias interpersonales. En los niveles más superficiales, la persona debe ser capaz de realizar peticiones objetivas. Los niveles posteriores requieren habilidades cada vez más complicadas, que van desde la habilidad para transmitir amistad de forma no verbal, siguiendo por la habilidad para responder a comentarios, implicarse en charlas superficiales, manifestar opiniones, iniciar encuentros sociales superficiales, expresar preferencias, llegar a acuerdos con los demás, disentir con otras personas, transmitir información personal y vérselas con las relaciones íntimas. Los pacientes encuentran dificultades a diferentes niveles. Hemos visto que es útil pedir a los pacientes que analicen el nivel en el que encuentran problemas y que identifiquen los comportamientos exactos con los que tienen dificultades. Los pacientes pueden tener problemas en varios niveles. Por ejemplo, un hombre con evitación tenía dificultades con los encuentros superficiales, .como tratar con tenderos, y con las citas románticas, pero era capaz de vérselas de la forma adecuada con muchas situaciones laborales.

Una vez que se han completado estas estrategias iniciales de agrupamiento, los terapeutas pueden animar a los pacientes para que identifiquen las creencias y las preocupaciones interpersonales activadas por cada tipo de encuentro social. Por ejemplo, un paciente que informa de ansiedad en situaciones laborales puede creer que los compañeros de trabajo se reirán de él porque no habla lo suficiente. La exposición es más eficaz si la creencia o el temor están definidos con precisión. Por ejemplo, mientras que muchos pacientes con un TPE manifiestan preocupaciones con respecto a que no hablarán de forma adecuada, otros temen que lo que están diciendo sea aburrido y unos terceros son hipersensibles a las pausas de la conversación. Estas diferencias requieren estrategias conductuales algo diferentes durante la exposición. La investigación con pacientes que tienen fobia social generalizada sugiere que las estrategias de exposición funcionan mejor cuando se presentan dentro de un marco de procesamiento de la información (Wells *et al.,* 1995). Así, se anima a los pacientes para que identifiquen las consecuencias negativas que esperan de la situación y que luego observen ésta para que verifiquen si sus expectativas se han confirmado. De este modo, a un paciente que cree que los demás no tienen interés por él se le animará para que hable con la gente y observe si los otros bostezan, miran hacia otro lado o se marchan. A los pacientes que consideran las pausas como provocadoras de ansiedad se les puede animar para que hagan ligeras pausas de forma deliberada cuando hablen y luego observen cómo responden los demás. Los retos aquí son definir con precisión el temor y elaborar actividades que proporcionen a los pacientes retroalimentación con respecto a la exactitud de sus creencias. Los pacientes con una evitación menos grave pueden ser capaces de empezar a exponerse pronto en el curso del tratamiento, mientras que los individuos con una evitación más grave probablemente necesiten estrategias de ensayo y activación conductual antes de estar dispuestos a exponerse a las situaciones temidas. En realidad, algunos pacientes se encuentran tan aislados que

se les debe animar a participar en situaciones sociales para que puedan utilizarse el autorregistro y el ensayo conductual.

Existen otros dos pasos que los terapeutas pueden llevar a cabo para incrementar la exposición. Debido a que muchos encuentros sociales se escapan al control del paciente, es útil seleccionar múltiples objetivos situacionales cada semana. Mientras sea posible, se debe permitir a los pacientes seleccionar objetivos de exposición para la semana en curso, ya que es más probable que sigan hasta el final los objetivos seleccionados por ellos mismos.

Problemas frecuentes

Comenzar demasiado abajo en la jerarquía conductual. Los pacientes con un TPE a menudo son capaces de conductas más complejas de las que realizan. Hemos encontrado que se avanza poco pasando semanas enteras integrados en conductas sociales superficiales en los encuentros con extraños. Además, es más probable que el paciente reciba retroalimentación positiva de aquéllos con los que tiene contacto más frecuente, como compañeros de trabajo y de habitación, y que tienen un interés personal en desarrollar una relación positiva con el individuo. Finalmente, la retroalimentación positiva que proviene de las personas que son importantes para el paciente es más recompensante que la que viene de extraños (p. ej., que un vendedor acceda a que el paciente devuelva una compra).

E) El ensayo de conducta

A los pacientes con una evitación social de moderada a grave les falta la confianza para participar en las situaciones que temen. Se puede utilizar el ensayo de conducta dentro de las sesiones para impulsar la confianza en sí mismo del paciente y aumentar, por consiguiente, la probabilidad de que participe en la situación y experimente las consecuencias positivas. La retroalimentación ofrece a los pacientes la oportunidad de analizar y modificar su conducta antes de participar en las situaciones sociales. Los terapeutas podrán también observar si los pacientes reconocen y representan la conducta de forma apropiada a la situación y, si es necesario, hablar de los cambios comportamentales.

En el ensayo de conducta, la estrategia general es identificar las situaciones problema y pedir al paciente que las represente con el terapeuta. Sin embargo, es probable que los pacientes con evitación se sientan incómodos a la hora de mostrar su comportamiento social y que perciban sus respuestas de manera negativa. Los terapeutas deberían darse cuenta del impacto de su propio comportamiento sobre el éxito de las estrategias de ensayo. Las siguientes directrices pueden ser de utilidad:

a) Introducir el ensayo de conducta de manera práctica, como una parte rutinaria de la sesión de tratamiento, sin preparaciones elaboradas o puestas en escena.
b) Utilizar instrucciones para disminuir la excesiva conciencia de uno mismo. Por ejemplo, verbalizaciones del tipo “Esta parece una de las situaciones que te provoca ansiedad. ¿Qué dirías en esta situación?” representan una invitación casual,

mientras que verbalizaciones como "Representemos exactamente lo que dirías y harías y luego evaluemos cómo lo hiciste" introduce el fantasma de la evaluación y el fracaso social.

c) Permitir a los pacientes que analicen primero su comportamiento, como, por ejemplo, "¿Qué piensas de eso (qué dirías)?", en cuanto opuesto a que el terapeuta surja con sugerencias para el cambio. Si el paciente no está satisfecho con su comportamiento, se puede preguntar algo así como "¿Qué te gustaría hacer de forma diferente la próxima vez? Muy bien, intentémoslo". Hay que recordar que nuestra intención es enseñar a los pacientes a analizar y corregir su propio comportamiento, no que dependan de la maestría del terapeuta.

d) Hay que tener en cuenta que el objetivo del ensayo de conducta es, en gran medida, aumentar la confianza del paciente, no demostrar que el terapeuta puede pensar en alguna manera de mejorar la actuación. Los terapeutas deberían tener cuidado en observar qué aspectos del ensayo fueron apropiados y enfatizarlos, en vez de resaltar los fallos. La evidencia actual indica que los pacientes con un TPE no carecen de habilidades sociales. Muchas veces lo que dice el paciente está bien, pero le falta la confianza para sonreír, mantener contacto ocular y hablar. Con ayuda, corregirá de manera espontánea estas deficiencias conductuales relacionadas con la ansiedad. El terapeuta puede entonces observar la mejoría en su actuación y en su evaluación social (p. ej., en su capacidad para alabar y modificar su conducta social).

Problemas frecuentes

1. *Patrones perfeccionistas en el ensayo (terapeuta).* Los terapeutas deberían saber bien que la mayoría de los encuentros sociales no son perfectos. La gente se come las palabras, las expresa mal, tartamudea, se va por las ramas, etc. Los pacientes con evitación vigilan en exceso las imperfecciones de su comportamientos social y, a menudo, no son capaces de observar que los otros muestran tendencias similares. Los terapeutas deberían reconocer cuándo un ensayo de conducta es lo suficientemente bueno (p. ej., dentro de los límites normales) y no aumentar la sensación del paciente de inadecuación dándole una lista de sugerencias para mejorar sus actuaciones.
2. *Patrones perfeccionistas de conducta (paciente).* Puede ser útil también pedir a los pacientes que observen los comportamientos y las conversaciones de los demás, atendiendo a las veces que tartamudean, hacen pausas o comentarios sin sentido. Este proceso puede ayudar a corregir la creencia de la persona con evitación de que sólo ella manifiesta estas pequeñas perturbaciones conductuales.
3. *Rebajar el éxito durante el ensayo.* Cuando los pacientes con un TPE manejan bien los ensayos de conducta, a menudo encuentran la manera de rebajar sus capacidades sociales. Por ejemplo, comentan que es más fácil durante la sesión o que el terapeuta es más amable que la gente con la que tiene que tratar en su vida diaria. El terapeuta puede ayudar a los pacientes a reconocer que el hecho de que

puedan representar el comportamiento en la sesión significa que tienen la capacidad para hacerlo también fuera de la sesión de tratamiento y que es su sistema de creencias negativas lo que les impide manifestar la conducta eficaz en público. En resumen, el terapeuta puede utilizar esta situación para contrarrestar las creencias de los pacientes de que les faltan habilidades sociales.

F) Modificación cognitiva: estrategias de segundo nivel

Como se ha dicho anteriormente, los esfuerzos del terapeuta para ayudar a los pacientes a reconocer y corregir las creencias erróneas y las estrategias interpersonales autoderrotistas empiezan pronto en el curso del tratamiento y toman forma a través de las actividades del autorregistro, la exposición y el ensayo. Sin embargo, la naturaleza de las intervenciones cognitivas cambia de alguna manera conforme los pacientes comienzan a reconocer que sus perspectivas sobre sí mismos y sobre sus mundos sociales pueden ser inadecuadas. A medida que los pacientes se sienten más relajados en sus interacciones con el terapeuta y con la experiencia de analizar sus creencias y comportamientos, los terapeutas pueden centrarse en los patrones cognitivos más generales que se extienden a lo largo de situaciones individuales y perpetúan la evitación y la ansiedad de la persona utilizando lo que hemos denominado como estrategias de segundo nivel. Los dos patrones cognitivos más importantes que han de abordarse son las evaluaciones sociales sesgadas y el razonamiento de base emocional.

Sesgos de evaluación

Las evaluaciones de los pacientes con ansiedad social antes, durante y después de las interacciones sociales muestran sesgos negativos enraizados. Antes de las interacciones, los pacientes sobrestiman la probabilidad de las consecuencias sociales negativas (Foa, Franklin, Perry y Herbert, 1996). Anticipan que harán algo erróneo durante la situación social y que los demás les responderán negativamente. A menudo, la situación irá mejor de lo que ellos habían previsto. Estos pacientes también sobrestiman las consecuencias, o el coste, de las consecuencias sociales negativas que temen (Foa *et al.,* 1996; Frost *et al,* 1995). Incluso aunque los demás vean su ansiedad o su torpeza, la mayoría de las personas no serán abiertamente críticas o burlonas. Durante las interacciones, los pacientes con evitación vigilan su propio comportamiento y se centran en pequeñas perturbaciones conductuales, que interpretan de manera catastrófica (p. ej., Clark y Wells, 1995). Finalmente, después de las interacciones, infraestiman, o rebajan, la adecuación de su comportamiento y cómo les hayan caído a los demás comparados con evaluaciones de observadores objetivos (Alden y Wallace, 1995; Rapee y Lim, 1992; Stopa y Clark, 1993).

Los primeros pasos para corregir estos sesgos consisten en resaltar las discrepancias entre las predicciones y evaluaciones del paciente y los resultados reales de lo que ocurrió y hacerlo en una situación tras otra. Esto se ha discutido anteriormente en el apartado de las estrategias cognitivas de primer nivel. Después de una serie de casos en los que las evaluaciones del paciente fueran claramente negativas, el terapeuta puede atraer la aten-

ción de éste hacia un patrón general de evaluaciones sesgadas y discutir las formas que adoptan estos sesgos, como, por ejemplo, predicciones negativas, rebajar los aspectos positivos, sobrestimar las consecuencias de las pequeñas perturbaciones conductuales, etc. El terapeuta puede utilizar ejemplos situacionales específicos sacados de los ejercicios semanales del autorregistro para mostrar esas tendencias al paciente.

El siguiente paso es que el paciente y el terapeuta trabajen juntos para elaborar ejercicios concretos que analicen aún más profundamente el patrón identificado y que pongan a prueba las predicciones negativas del paciente. Por ejemplo, después de sugerir que el paciente parece sobrestimar la probabilidad de respuestas negativas por parte de los demás, se le podría pedir que predijera cuántas veces las otras personas serán claramente negativas durante la próxima semana. Como parte de la siguiente sesión, el terapeuta y el paciente pueden contar el número de personas que realmente fueron claramente críticas. Normalmente esto muestra que fueron pocas, si es que hubo alguna, y el paciente dispone de una demostración concreta de una distorsión cognitiva. Otro ejercicio consiste en calcular la razón de las respuestas negativas con respecto a las positivas, para que quede claro, hablando de modo proporcional, que la mayoría de los encuentros fueron bien. Si esto se repite durante una serie de semanas, el paciente llega a darse cuenta de que sus expectativas ante las interacciones son claramente negativas. Si los demás responden negativamente, el terapeuta podría pedir al paciente que considerase todas las razones por las que podría haber ocurrido así. Debido a que los pacientes con un TPE se centran en sí mismos, suelen personalizar los acontecimientos negativos que ocurrieron en su entorno, incluso cuando representaron un papel mínimo en la creación de los resultados negativos. Así, preguntas como "¿Esta persona es también crítica con los demás?" o "¿Se encuentra bajo presión en el trabajo o en casa?" ayudan a los pacientes con evitación a considerar explicaciones alternativas. Se le podría pedir al paciente que observase al individuo crítico durante las siguientes semanas para ver cómo responde a los demás (lo que podría establecer que la persona es crítica también ante los demás) y al paciente en las siguientes ocasiones (lo que podría revelar que la reacción negativa fue un incidente aislado en una relación que en los demás aspectos es positiva). Estos ejercicios deberían elaborarse siguiendo las creencias negativas específicas del paciente.

Razonamiento de base emocional

Como se ha señalado anteriormente, la gente con evitación social suele basar sus evaluaciones sobre sí mismos en el grado de ansiedad que sienten en vez de en una información objetiva sobre lo bien que lo hicieron (es decir, qué dijeron realmente los demás o qué respondieron). Lo mismo que sucede con los sesgos de la evaluación que se han visto anteriormente, la intervención del terapeuta debería seguir un proceso de tres etapas. Como se señaló en las intervenciones de primer nivel, los terapeutas deberían anotar los episodios en los que todas las pruebas externas sugieren que un encuentro fue notablemente bien, aunque el paciente fue crítico consigo mismo porque se sentía ansioso. Luego, después de una serie de ejemplos con este patrón, los terapeutas pueden resaltar las tendencias generales de los pacientes para basar las evaluaciones de sí mismos en sen-

saciones internas de ansiedad. Se pueden presentar de forma tentativa comentarios de este tipo. Más tarde, se puede pedir a los pacientes que se observen a sí mismos en las siguientes semanas para averiguar si sus evaluaciones están basadas en razones emocionales. Finalmente, cuando los pacientes se dan cuenta de esta tendencia, se les puede animar para que utilicen estrategias del control de la ansiedad (p. ej., respiración diafragmática) antes de los encuentros sociales para reducir la ansiedad y atender con más cuidado a las reacciones de los demás, con el fin de medir con más precisión cómo discurrió el encuentro.

Problemas frecuentes

Asumir una actitud antagonista. Cuando se presentan explicaciones alternativas de los acontecimientos o cuando se señalan experiencias que son inconsistentes con el sistema de creencias del paciente, algunos terapeutas suenan como abogados acosando a un testigo hostil. Parece que están entusiasmados en demostrar que las creencias del paciente son erróneas. Este enfoque raramente se muestra útil *y* es especialmente contraterapéutico en los pacientes con un TPE. Estos pacientes se sienten pequeños e inseguros; anticipan hostilidad *y* crítica. Una entusiasta actitud del terapeuta del tipo "comprobar que estás equivocado" sirve únicamente para aumentar el nivel de ansiedad del paciente *y* reforzar las visiones negativas de éste sobre sí mismo *y* los demás. La posición del terapeuta debería ser la de un colaborador interesado que tiene curiosidad por la exactitud de la creencia en cuestión, no la de un experto que ya conoce la respuesta.

G) Modificación cognitiva: estrategias de tercer nivel

En muchos pacientes con evitación surgirán asuntos más profundos relacionados con el sentido de sí mismo del individuo y con el patrón de sus relaciones con los demás. Las estrategias de autorregistro, la exposición conductual y la reestructuración cognitiva generalmente llevan a los pacientes a contemplar cómo se ven a sí mismos y cómo desarrollan temores que los mantienen aislados. En este tercer nivel, el terapeuta aborda las creencias nucleares de la persona sobre sí misma y sobre los demás.

Un sentido de sí mismo negativo, aislado

Subyaciendo a los sesgos de la evaluación y al razonamiento emocional, los pacientes con un TPE a menudo tienen un conjunto de preocupaciones más profundas que se centran alrededor del sentido de sí mismo. Las más destacadas de ellas son: *a)* la creencia de que la ansiedad es indicativa de una deficiencia del carácter, *b)* una sensación de inseguridad de la propia identidad y *c)* la ausencia de autovalía. Los pacientes con un TPE creen habitualmente que su sensibilidad autónoma dice algo sobre su ser más profundo. Los pacientes que hemos tratado describen su ansiedad como indicativa de que ellos son "raros", "muy diferentes de los demás", "emocionalmente inestables", "extraños", "con una enfermedad mental". Interpretan su timidez y sensibilidad como carac-

terísticas claramente censurables que tienen que modificarse. En realidad, la evaluación de su propia ansiedad no guarda proporción con el impacto social que pueda tener. Es probable también que los pacientes con un TPE carezcan de un sentido claro de sí mismos. No están totalmente seguros de lo que les gusta o les desagrada o incluso de lo que les interesa. Cuentan que no se conocen a sí mismos, que no saben quiénes son realmente, aparte de sentirse inadecuados, temerosos y desanimados. A pesar de este sentido difuso de sí mismos, estos pacientes generalmente sienten que a un nivel muy profundo ellos no valen la pena. Su renuencia a autorrevelarse y acercarse a los demás proviene de una sensación de "vergüenza" y "humillación" con respecto a quienes son. Hemos encontrado que, si se identifican y se discuten estas preocupaciones más profundas, es más probable que el paciente continúe con el tratamiento y mejore.

Puede ser útil hablar de qué se sabe sobre la ansiedad social y reconocer el papel de las disposiciones biológicas. La evidencia empírica que sugiere un componente heredado en la ansiedad social es muy fuerte y hay poco que ganar pretendiendo que esas tendencias de disposición no se incluyan en las dificultades del paciente. Sin embargo, el terapeuta puede ayudar a la persona para que reformule lo que sabe de la ansiedad social y de los efectos de ésta para llevar una vida feliz. Aquí son útiles los conceptos extraídos de la escuela japonesa de la terapia de Morita. En este tipo de pensamiento, se considera la ansiedad social de naturaleza bilateral, con aspectos positivos y negativos. En la terapia de Morita, se enseña a los pacientes que la ansiedad social surge de un deseo humano natural de aceptación social. El terapeuta de Morita señala que, en realidad, éste es un motivo positivo y que sirve para mejorar la vida, es decir, algo que es necesario para que la gente coexista en sociedad. Se enseña a los pacientes que pueden elegir entre utilizar su sensibilidad innata de una forma positiva, como, por ejemplo, ser sensibles ante los sentimientos de los otros, o de una forma negativa, si permiten que les paralice. Los terapeutas señalan directamente que la persona puede ser siempre algo más sensible y preocupada con respecto a la aceptación social que los demás, pero esto no significa que sea incapaz de hacer amigos, tener un trabajo interesante o formar una familia, tanto en cuanto elija una acción social positiva en vez de la evitación. Estas discusiones ayudan al individuo con evitación a desarrollar una visión más equilibrada de su ansiedad social y de su sensibilidad autónoma.

Es útil también ayudar a los pacientes con evitación a reconocer los conceptos negativos de sí mismos, de aislamiento, y animarles a desarrollar una autocomprensión más clara y detallada. Las actividades como suscribirse a revistas o explorar nuevos pasatiempos para aprender qué es lo que atrae su interés, puede ayudar a estos individuos a desarrollar un concepto de sí mismos que se centre alrededor de intereses y competencias, en vez de en la ansiedad y la falta de valía. El descubrir "quiénes son" puede formar la base de una serie de ejercicios conductuales proactivos.

Temas interpersonales centrales

Conforme se interactúa con los individuos con evitación y se observan sus vidas, surgen temas interpersonales que expresan la naturaleza de los problemas del paciente con

los demás. Esos temas subyacen en las creencias de la persona, sus conductas y las reacciones que espera de los demás. A veces, el paciente verbaliza el asunto directamente. Por ejemplo, una mujer dijo "la gente está siempre pinchándome y tengo que defenderme". De hecho, era muy sensible a cualquier señal que indicase que los otros no coincidían con ella e interpretaba esto como un ataque, incluso cuando el desacuerdo era menor o hasta razonable. En realidad, incluso los intentos de los demás de mejorar su amistad con ella los percibía como una crítica. Su respuesta era habitualmente la de atacar a la otra persona y luego terminar repentinamente la relación, una estrategia que la había llevado a un estado de aislamiento y desesperación. Otro hombre indicó "no le importaré nunca a nadie porque no soy interesante". El patrón de este sujeto era evaluar constantemente lo que decía, con el fin de estimar su grado de interés. Naturalmente, esta tendencia inhibía la autoexpresión espontánea y el contacto genuino con los otros. Además, no era capaz de establecer relaciones, hasta el punto de rechazar invitaciones, ya que dudaba de que realmente le importase a la otra persona.

Al identificar estos temas, el terapeuta proporcionaba un resumen conciso del complejo grupo de creencias, conductas y consecuencias sociales experimentadas por el individuo y ayudaba al paciente a entender el patrón general de sus dificultades interpersonales actuales. Las discusiones de los patrones temáticos ayudan también a los pacientes a reconocer que sus conductas sociales surgen a partir de expectativas, preocupaciones y creencias específicas. Entonces se les puede pedir que piensen dónde aprendieron estas preocupaciones (p. ej., "Parece que esperas que los demás te critiquen. ¿Dónde aprendiste eso?"). Nuestra experiencia nos indica que los pacientes con evitación pueden identificar habitualmente las experiencias durante el desarrollo que dieron lugar a sus expectativas sociales actuales. En el caso de la mujer con evitación, las discusiones revelaron que sus padres eran muy críticos con ella y que la habían colocado constantemente en una posición de tener que justificar su comportamiento. Además de ayudar a los pacientes a juntar los patrones de sus vidas, este proceso introduce la noción de que las expectativas y las preocupaciones interpersonales son aprendidas y, por consiguiente, pueden ser incorrectas o quedarse desfasadas. Los pacientes llegan también a reconocer que sus experiencias sociales tempranas y las creencias que desarrollaron a partir de ellas pueden sensibilizarles ante ciertas situaciones en su vida actual y hacer que reaccionen en exceso. En este punto, se les puede animar a que identifiquen las situaciones que activan patrones de creencias-conductas aprendidos y que exploren otras formas de manejar esas situaciones para producir consecuencias más positivas. Puede también ser útil para los pacientes que piensen cómo los demás perciben su comportamiento en estas situaciones y cómo la conducta del paciente podría provocar reacciones negativas en las otras personas.

H) Cuestiones del proceso de tratamiento

Para ser eficaz, el clínico debe estar preparado para trabajar con el estilo cognitivo-interpersonal del paciente. Como se ha señalado antes, en terapia los pacientes con un TPE tienen que enfrentarse a la misma situación que temen y que habitualmente evitan,

revelando sus insuficiencias a otra persona. No es ninguna sorpresa que el malestar emocional, las distorsiones cognitivas y las estrategias conductuales interpersonales que caracterizan sus encuentros sociales cotidianos surjan también en las interacciones con sus terapeutas. Estos deberían darse cuenta de los patrones de creencias-conductas característicos de los pacientes con evitación *y* de las reacciones que estas conductas provocan en los demás, de modo que los mismos terapeutas no caigan involuntariamente en este patrón.

Los pacientes con evitación están muy interesados en evitar la desaprobación del clínico. Normalmente creen que su terapeuta encuentra su ansiedad y torpe conducta como algo lastimoso y repelente, que es probable que sus opiniones estén equivocadas y que no son lo suficientemente importantes para justificar el gasto de su tiempo como profesional. Como consecuencia, estos pacientes tienen dificultades para hablar abiertamente, especialmente al inicio del tratamiento, ya que se sienten incómodos en la presencia del terapeuta y temen cometer alguna equivocación. Además, al principio del tratamiento, los pacientes con evitación a menudo pueden proporcionar únicamente descripciones vagas o imprecisas de sus problemas y encuentros interpersonales. Aunque puedan contar que determinadas interacciones no funcionan bien y que se culpan fácilmente a sí mismos, no son capaces de proporcionar detalles suficientes para que el terapeuta comprenda la naturaleza exacta de sus dificultades. Las preguntas directas sobre los encuentros sociales podrían hallarse con respuestas del tipo "No estoy seguro". Esta imprecisión es algo más que ansiedad o defensa, aunque estos factores pueden tener su papel. Debido a que estos pacientes están ansiosos y preocupados por ellos mismos durante las interacciones sociales, a menudo fallan claramente a la hora de codificar los detalles necesarios para que el terapeuta entienda totalmente sus dificultades. La falta de información detallada, junto con la dificultad del paciente para hablar abiertamente con el terapeuta, puede tener como consecuencia que éste no sea capaz de especificar y determinar el problema de aquél. De este modo, el tratamiento continúa, pero ninguna de las partes comprende claramente hacia dónde está yendo.

Un problema relacionado es que la escasez de detalles puede llevar al terapeuta a centrarse en aspectos erróneos de las dificultades del paciente. Por ejemplo, la mujer con evitación de la que se habló anteriormente, dijo al terapeuta que los demás la pinchaban, lo que constituía su percepción de la situación. Su terapeuta aceptó esto con una validez aparente y la animó para que se defendiese "con firmeza". Sólo más tarde el terapeuta descubrió que el propio comportamiento hostil de la paciente era la provocación para las respuestas negativas de los demás hacia ella. En este caso, el tratamiento sólo sirvió para intensificar el comportamiento desadaptativo.

Las creencias negativas respecto a sí mismos de los pacientes y sus temores sobre la reacción del terapeuta, les lleva a adoptar estrategias conductuales de autoprotección en las sesiones de tratamiento para evitar la desaprobación y el ridículo. Las estrategias específicas varían con los pacientes, pero suelen seguir dos patrones principales (Alden y Capreol, 1993). Los pacientes con disposiciones interpersonales cálidas habitualmente adoptan una posición agradable, sumisa. Se someten a sus terapeutas y esperan instrucciones. Esta atmósfera de expectativa silenciosa puede empujar a los terapeutas a ofrecer

sugerencias y actividades prematuras. Los pacientes con características interpersonales subyacentes frías o ambivalentes aparecen a menudo como secos y rígidos al comienzo del tratamiento. Es más probable que salten y se pongan a la defensiva o se irriten cuando el terapeuta hace preguntas o sugiere tareas conductuales. Esta actitud irritable, a la defensiva, puede hacer que los terapeutas se sientan también incómodos. Dependiendo de las tendencias interpersonales del terapeuta, esta actitud puede provocar bien irritabilidad en el terapeuta o bien hacer que éste no se atreva a tomar las decisiones necesarias. Cualquiera de las dos respuestas es antiterapéutica.

Los pacientes con evitación pueden tener también una desesperanza infecciosa. Debido a sus dificultades para detectar y procesar los acontecimientos sociales positivos, suelen producir una imagen de profunda inadecuación y fracaso sesión tras sesión. Esta tendencia hacia sesgos perceptivos y de evaluación negativos se encuentra exacerbada si el paciente está también depresivo, lo que es frecuente en los individuos con un TPE. Si los terapeutas no están alerta ante la posibilidad del contagio emocional, la imprecisión, la culpabilidad, la percepción negativa y la tristeza del paciente pueden provocar también en el terapeuta una sensación de desamparo y pesimismo. Además, algunos terapeutas se centran únicamente en el afecto depresivo del paciente, en vez de continuar trabajando para modificar las conductas y creencias sociales del mismo. Aunque se tiene que evaluar y vigilar el nivel de depresión del sujeto, para ser eficaz el terapeuta tiene que ser capaz de tolerar la desesperación de éste y ayudarle a reconocer que su tristeza es el resultado del ciclo negativo creencias-conducta en el que está inmerso.

En resumen, los pacientes con evitación habitualmente tienen sólo ideas vagas sobre sus dificultades actuales. Estas ideas se encuentran fuertemente coloreadas por los esquemas negativos sobre sí mismos, que se centran alrededor de la inadecuación personal y la culpabilidad, y de la posibilidad de que la desaprobación y la exclusión sociales hagan que sus deficiencias se vuelvan visibles para los demás. A menudo les falta la confianza para desarrollar relaciones de verdadera colaboración con sus terapeutas. Éstos, a su vez, pueden tener una imagen incompleta de las dificultades del paciente, pero sentirse impulsados a realizar acciones inmediatas. Si los esfuerzos iniciales fracasan, los mismos terapeutas pueden llegar a empaparse de una sensación de pesimismo sobre la capacidad del paciente para el cambio. Entonces los pacientes pueden tener la sensación de que han fracasado y que su terapeuta está decepcionado con ellos.

¿Qué puede hacer el terapeuta para minimizar los efectos antiterapéuticos de este estilo de evitación? Es útil que hable de las reacciones del paciente hacia el tratamiento y hacia él mismo. Al comienzo del tratamiento, el terapeuta debería hablar sobre la paradoja de ser una persona socialmente ansiosa en una situación interpersonal. El terapeuta expresaría abiertamente que se da cuenta de que el paciente puede sentirse ansioso al hablar y que puede tener pensamientos fugaces de abandonar el tratamiento. Luego, discutiría con el paciente sobre cómo pueden trabajar juntos para ayudar al paciente a sentirse más cómodo. Los terapeutas deberían anticipar la evitación y la falta de adherencia del paciente a las tareas para casa y explicar que será importante que los pacientes hablen sobre los miedos que les impiden llevar a cabo las estrategias de tratamiento. Durante este proceso inicial, los terapeutas deberían transmitir que, para ser eficaz, el tratamiento

deber ser una empresa de colaboración y que ellos no pueden entender al paciente ni proporcionar un tratamiento eficaz sin la ayuda del mismo. Conforme progresa el tratamiento, es útil que en ocasiones los terapeutas analicen con los pacientes sus percepciones sobre el tratamiento y sobre la conducta del terapeuta, incluso si el tratamiento parece ir bien.

Es importante que el profesional se dé cuenta de las reacciones antiterapéuticas que estos pacientes pueden provocar, tales como pesimismo, al contagiarse con las emociones depresivas, irritabilidad en respuesta a comentarios defensivos hostiles, impaciencia ante el ritmo lento de cambio y la carga de responsabilidad para mantener el tratamiento funcionando, etc. En vez de negar esas reacciones, el terapeuta debería reconocer que sus propias respuestas proporcionan una importante información que puede utilizarse en el tratamiento. Los terapeutas que se dan cuenta de sus propias reacciones ante el paciente pueden comprender mejor las reacciones que éste provoca en otras personas significativas para el mismo. Estas respuestas sirven también como directrices válidas para la intervención. Cuando un terapeuta se da cuenta de que está experimentando una de estas reacciones antiterapéuticas, debería ser una señal de que algo está yendo mal en el proceso de tratamiento y que puede ser necesaria una charla sobre la relación paciente-terapeuta. Los profesionales pueden emplear lo que conocen sobre las preocupaciones y creencias interpersonales del paciente para empezar la charla. De este modo, si se sabe que un paciente cree que los demás le criticarán, el terapeuta podría señalar "Siento que algo del tratamiento te está molestando. ¿Piensas que podría criticar lo que estás diciendo?". No es sorprendente que los pacientes tengan las mismas expectativas sobre las reacciones del terapeuta que las que tienen sobre los demás. Así, la mujer con evitación de la que se ha hablado antes, a menudo pensará que tiene que justificarse ante el terapeuta y responderá con un distanciamiento repentino. Una discusión sobre esos patrones superará a menudo las preocupaciones del paciente y permitirá que siga el tratamiento.

Resumen

El trastorno de la personalidad por evitación es una condición enraizada, crónica. A pesar de esto, los individuos con un TPE obtienen beneficios importantes del tratamiento psicológico. En este capítulo se han descrito técnicas cognitivo-conductuales que hemos encontrado útiles en el tratamiento del TPE y se ha hablado de cómo estas estrategias pueden llevarse a cabo en pacientes con evitación. Queremos alertar especialmente a los clínicos sobre el tipo de cuestiones relativas al proceso de tratamiento que surgen con estos pacientes y sugerir cómo pueden integrarse conceptos y procedimientos de la terapia interpersonal en los programas de TCC para superar las dificultades que tienen estos individuos a la hora de establecer relaciones de colaboración con sus terapeutas. El tratamiento del TPE requiere paciencia e ingenuidad por parte de los terapeutas, pero los esfuerzos de éstos pueden producir cambios importantes en las vidas de los sujetos con evitación social.

23

El tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia

James C. Overholser
Case Western Reserve University, Ohio (Estados Unidos)

23.1. Introducción

El trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) comprende un abanico de síntomas relativos a un deficiente funcionamiento interpersonal. Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000), la personalidad dependiente incluye tendencias a sentirse incómodo cuando se encuentra solo, dificultades para iniciar proyectos o para tomar decisiones cotidianas, una preferencia por el hecho de que los otros asuman la mayor parte de la responsabilidad y una preocupación por el miedo a que le abandonen. El paciente con una personalidad dependiente suele carecer de iniciativa y de autonomía, depende de los demás en cuanto a dirección y guía y actúa de forma sumisa ante los deseos de los otros. Los individuos dependientes carecen de confianza en ellos mismos y se suelen ver como débiles, frágiles e ineptos. Estas cualidades provocan un malestar emocional frecuente y un deterioro en el funcionamiento social y laboral.

Con el fin de ser clasificado como un trastorno de la personalidad, las características dependientes tienen que ser consideradas como rasgos de la personalidad desadaptativos. Los elevados niveles de dependencia interpersonal tienen que manifestarse claramente durante el período de desarrollo y ser relativamente estables a lo largo de la vida adulta (APA, 2000). Las variables de la personalidad tienen que mostrar una estabilidad razonable a lo largo del tiempo (Overholser, 1989). Algunos estudios han encontrado que las medidas de la dependencia son estables a lo largo del tiempo, y que cambian poco durante el intervalo de seguimiento de un año (Overholser, 1990a). Aunque los niveles de dependencia pueden hallarse temporalmente incrementados por episodios agudos de depresión (Hirschfeld *et al,* 1983) y ansiedad (Reich *et al.,* 1986), se ha encontrado que la depen-

Capítulo traducido por V. E. Caballo.

dencia interpersonal permanece estable incluso después de que los síntomas depresivos hayan remitido (Franche y Dobson, 1992). Así, cuando la dependencia interpersonal alcanza niveles diagnosticables, es probable que permanezca estable durante largos períodos de tiempo.

El diagnóstico del trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) depende de una decisión dicotòmica con respecto a la presencia o ausencia de un suficiente número de síntomas. Sin embargo, la investigación ha apoyado el uso de diagnósticos dimensionales por encima de los categoriales. Por ejemplo, un estudio (Overholser, 1991) comparó tres grupos de pacientes psiquiátricos deprimidos internados que pasaron por una entrevista diagnóstica estructurada para los trastornos de la personalidad. El primer grupo incluía 11 pacientes deprimidos que satisfacían todos los criterios diagnósticos del TPD. El segundo grupo estaba formado por 13 pacientes que no manifestaron ninguno de los criterios del TPD. El tercer grupo se componía de 11 pacientes que manifestaban algunas tendencias dependientes, pero no las suficientes como para merecer un diagnóstico de TPD. Los tres grupos se compararon, entonces, en medidas de autoinforme que evaluaban dependencia, actitudes disfuncionales y funcionamiento social. Los resultados mostraron que los pacientes que cumplían los criterios de un TPD informaban de más problemas con respecto a las actitudes negativas y al funcionamiento social que los pacientes no dependientes. El grupo de pacientes que satisfacía parcialmente los criterios de un TPD manifestaba niveles intermedios de patología en la mayoría de las medidas de autoinforme. En general, parece que tenían algunos de los mismos problemas, pero de una menor intensidad, que el grupo de los sujetos con un TPD. Sin embargo, un enfoque categorial estricto de diagnóstico habría considerado que este grupo intermedio no cumplía los criterios para el TPD y, por consiguiente, se habría clasificado junto con el grupo que no tenía síntomas de dependencia. Está claro que un modelo dimensional, incluso un enfoque poco exhaustivo de tres grupos, ofrece ventajas con respecto al enfoque categorial tradicional y dicotòmico. Por ello, gran parte de la presente revisión se centrará en pacientes que manifiestan elevados niveles de dependencia, cumplan o no los criterios diagnósticos categoriales para el TPD.

Es útil considerar la dependencia como una cualidad natural que poseen todos los individuos. Algunos pacientes manifestarán niveles muy bajos y otros mostrarán niveles muy altos de dependencia interpersonal. El nivel de dependencia de un paciente llega a ser excesivo cuando domina el comportamiento expresado por éste en varios lugares diferentes. Para que sea diagnosticada como un trastorno de la personalidad, la dependencia interpersonal tiene que estar presente en un amplio abanico de situaciones y causar niveles importantes de malestar emocional o deterioro en la capacidad del paciente para funcionar en lugares sociales o laborales (APA, 2000).

Es posible encontrar individuos que tengan elevados niveles de dependencia pero carezcan del malestar o del deterioro observados habitualmente en los pacientes. Por ejemplo, una mujer de 65 años de edad estuvo casada con el mismo hombre durante 42 años. El había trabajado a tiempo completo y ella se había quedado en casa para cuidar de los hijos. Ella se fiaba de las opiniones de él sobre el trabajo, la escuela, los amigos y la mayoría de las demás decisiones, triviales o importantes. Durante 42 años, esta simbiosis de

dependencia funcionó bien para los dos miembros de la pareja. Durante este tiempo, la paciente no habría sido diagnosticada con un TPD. Sin embargo, cuando su marido murió de repente, se quedó sola por primera vez en su vida. Intentó apegarse a sus hijos ya mayores, pero ellos estaban muy ocupados con sus propias familias y responsabilidades. Estaba muy perturbada y a veces sin control. Claramente, necesitaba terapia.

23.2. El tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia

El presente trabajo se centrará en el tratamiento psicológico del TPD. La terapia se lleva a cabo de forma habitual en un centro clínico para pacientes externos y la mayoría de las sesiones tienen lugar una vez a la semana. Aunque los enfoques cognitivo-conductuales habitualmente son estructurados y a corto plazo, el tratamiento de los trastornos de la personalidad complica notablemente la terapia. En nuestra experiencia, los pacientes que satisfacen los criterios de un TPD a menudo necesitan sesiones regulares de terapia (aunque no necesariamente una vez a la semana) durante al menos un año. Esta duración proporciona un tiempo adecuado para que el terapeuta y el paciente desarrollen una estrecha relación de colaboración y se enfrenten a los temas clave que subyacen a la dependencia. Sin embargo, hemos visto también una serie de pacientes que manifestaban una tendencia a la excesiva dependencia de los demás, pero no la suficiente para obtener un diagnóstico de trastorno de la personalidad. En nuestra experiencia, a estos individuos con una dependencia parcial se les puede tratar con eficacia. Para pacientes que presentan niveles moderados de dependencia, se necesita abordar en el tratamiento muchos de los mismos temas, pero los patrones interpersonales desadaptativos no se encuentran profundamente enraizados. De este modo, la terapia puede ir más rápido.

Una sólida relación terapéutica desempeña un papel central en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. La relación terapéutica es esencial debido a la extensa duración del tratamiento y a causa de la fuerte naturaleza interpersonal de la mayoría de los síntomas de los trastornos de la personalidad. A pesar del énfasis cognitivo-conductual en el cambio, el tratamiento tiene que ayudar al terapeuta y al paciente a aprender a entender la patología de éste, mientras que lo acepta también como individuo único. Los síntomas del paciente a menudo tienen sentido en términos de los acontecimientos que le influyeron durante el período de su desarrollo. Sin embargo, el cambio es posible todavía. El terapeuta puede ayudar a establecer una actitud de esperanza con respecto al potencial del paciente para el crecimiento y el cambio, y puede desarrollar un enfoque terapéutico flexible y de colaboración (Overholser y Silverman, 1998).

Aunque los enfoques cognitivo-conductuales se caracterizan habitualmente por un fuerte apoyo empírico, el tratamiento de los trastornos de la personalidad ha sido difícil de estudiar. La investigación sobre el tratamiento de los trastornos de la personalidad se ha encontrado obstaculizada por la cantidad de tiempo requerido para que éste sea eficaz y por la necesidad de individualizar el plan de tratamiento, de modo que se corresponda con las necesidades únicas de cada paciente. Además, sólo recientemente las es-

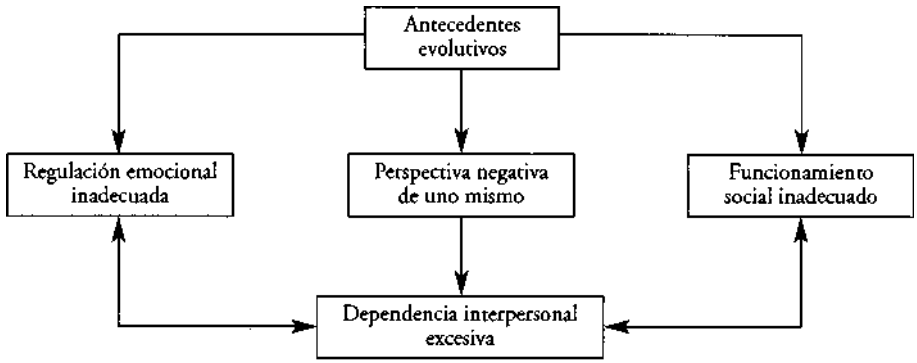


Figura 23.1. Un modelo de dependencia interpersonal mostrando sus relaciones con las diferentes áreas de intervención.

trategias de evaluación cognitivo-conductuales se han centrado en los problemas de la personalidad y los terapeutas son capaces de evaluar éstos utilizando medidas que son simples, específicas y relevantes para los objetivos terapéuticos.

Cuando se abordan los asuntos relacionados con el tratamiento de la excesiva dependencia interpersonal, se necesita afrontar varios temas clave. Estos incluyen ayudar a los pacientes a estabilizar sus reacciones emocionales, trabajar para mejorar la percepción del sujeto sobre sí mismo, encontrar formas que puedan mejorar el funcionamiento social del paciente y enfrentarse a los antecedentes del desarrollo que puedan subyacer al inicio de las necesidades excesivas de dependencia. Se hablará de cada ámbito y se proporcionarán directrices para su tratamiento.

23.2.1. *Ambito 1: Estabilizar las reacciones emocionales*

Las reacciones emocionales frecuentes e intensas desempeñan un importante papel en el tratamiento de la dependencia interpersonal excesiva. Cuando los pacientes buscan tratamiento para los trastornos psiquiátricos, la causa por la que acuden es normalmente un trastorno del Eje I en vez de los problemas de la personalidad subyacentes. Cuando los sujetos dependientes buscan psicoterapia, es probable que se encuentren en una condición aguda que necesita tratamiento (Overholser, Kabakoff y Norman, 1989). La interrelación entre la patología del Eje I y del Eje II complica notablemente el tratamiento de estos pacientes. Por ello, el terapeuta tiene que estar preparado para comprender la sintomatología aguda a la luz de las predisposiciones a largo plazo del individuo. Ade-

más, debe ser capaz de proporcionar el tratamiento que le ayude a reducir el malestar emocional acusado mientras aborda también las vulnerabilidades subyacentes.

La ansiedad está relacionada con la dependencia debido a la característica esencial de seguridad que a menudo se observa en los individuos dependientes. Muchos pacientes con una dependencia interpersonal excesiva satisfacen también los criterios de un trastorno de ansiedad del Eje I (Gude y Vaglun, 2001). En pacientes con trastornos de ansiedad, un estudio encontró que el 19% cumplía los criterios de un TPD (Mavissakalian y Hamann, 1988). Otro estudio (Garyfallos *et al.,* 1994) halló que el TPD era diagnosticado en el 18% de los pacientes con un trastorno de ansiedad, en el 19% de los pacientes con un trastorno depresivo y en el 31 % de los pacientes con una historia combinada de ansiedad y depresión. Los trastornos de ansiedad, que a menudo se encuentran asociados con la dependencia, incluyen la agorafobia, el trastorno por pánico y el trastorno por ansiedad generalizada. Cada uno de estos trastornos se caracteriza por excesivas preocupaciones, inseguridades y sentimientos de debilidad y vulnerabilidad. Éstos son síntomas que a menudo tienen lugar en el TPD.

La personalidad dependiente se encuentra estrechamente relacionada con sentimientos de depresión (Birtchnell, 1984). El TPD se diagnostica a menudo en los pacientes psiquiátricos que manifiestan depresión mayor o distimia (Alnaes y Torgersen, 1991). La personalidad dependiente está relacionada con la depresión mayor en pacientes psiquiátricos (Pfohl *et al.,* 1984; Zimmerman *et al.,* 1991), pacientes externos (Alnaes y Torgersen, 1991) y muestras de adultos de la comunidad (Zimmerman y Coryell, 1989). Además, los pacientes deprimidos que también satisfacen los criterios para un trastorno de la personalidad responden menos al tratamiento y a menudo manifiestan síntomas crónicos, residuales, de la depresión (Shea *et al.,* 1990; Shea, Widiger y Klein, 1992).

La depresión se relaciona con la dependencia cuando el paciente sufre alguna forma de amenaza de pérdida o pérdida social real. Sin embargo, parece natural y adaptativo que una persona experimente depresión cuando sufre una pérdida social. En un estudio (Overholser, 1990b), se evaluaron los niveles de dependencia y la gravedad de los estímulos estresantes recientes en 114 pacientes psiquiátricos. Se categorizaba a los pacientes en altos y bajos con respecto a la dependencia emocional de los otros, y en presente o ausente en términos de una pérdida social reciente. Los resultados mostraron que los mayores niveles de depresión se encontraron en los pacientes que manifestaban una fuerte dependencia emocional de los demás, pero que no habían sufrido una pérdida social reciente. Parece que cuando los pacientes informan de elevados niveles de dependencia interpersonal después de sufrir una pérdida social importante, pueden estar experimentando una reacción natural ante la pérdida y sus problemas emocionales parecen menos graves y, potencialmente, menos crónicos. Cuando los pacientes informan de elevados niveles de dependencia interpersonal en ausencia de un acontecimiento desencadenante, los problemas pueden relacionarse con rasgos de la personalidad desadaptativos. La depresión puede reflejar dependencia cuando aquélla persiste a pesar de no haber una pérdida reciente.

En la terapia, se puede ayudar a los pacientes para que estabilicen sus reacciones emocionales. El terapeuta puede empezar ayudando a los pacientes a que se den más cuenta

de sus patrones emocionales. Se puede utilizar el autorregistro para aprender sobre los cambios habituales en su estado de ánimo durante la semana. Se aconseja ir más allá de los síntomas y ayudar a los pacientes a seguirle la pista a toda una serie de emociones, incluyendo la felicidad, la alegría, la ansiedad, la tristeza y la ira. Se pueden utilizar formas simples de autorregistro para guiar dicho proceso (véase Overholser, 1995b). Conforme los pacientes registran sus estados de ánimo durante la semana, puede ser más fácil darse cuenta de los cambios naturales en las emociones. A veces, los sujetos se sorprenden al conocer que experimentan una variedad de emociones, pero que suelen ignorar, minimizar o pasar por alto la importancia de las emociones positivas. Los pacientes deberían empezar observando que no están "siempre deprimidos", sino que experimentan también algunas emociones positivas. Igualmente, el autorregistro puede ayudar a los individuos a distanciarse de las experiencias vitales extremas y a que se transformen en observadores y registradores semi-objetivos. Los pacientes pueden comenzar a identificar patrones durante la semana, sintiéndose a veces más alegres o activados justo antes o durante determinadas actividades sociales. Aunque este modo de observación podría ser problemático si se lleva a cabo hasta el extremo, puede ser útil si se emplea con moderación. Los pacientes pueden aprender a retroceder hasta el flujo más reciente de experiencias emocionales y empezar a darse cuenta de las relaciones entre los patrones interpersonales y las reacciones emocionales. Por ejemplo, a una mujer adulta con depresión crónica se le pidió que autorregistrase sus pensamientos y emociones varias veces al día durante la semana. Aunque esto era una difícil tarea para ella, aprendió que tenían lugar muchos acontecimientos durante una semana normal, incluyendo acontecimientos buenos y malos. Y algo aún más importante, empezó a darse cuenta del papel que desempeñaba su estilo perceptivo e interpretativo a la hora de definir una situación como buena o mala. Cuando los pacientes empiezan a darse cuenta del papel que su propio comportamiento tiene a la hora de crear sus estados de ánimo, pueden desarrollar una sensación de control sobre sus emociones. De vez en cuando se produce un acontecimiento menor y el sujeto está habituado a reaccionar de forma excesiva, etiquetando el suceso como "terrible" o "catastrófico". Una vez que se ha etiquetado el acontecimiento como una catástrofe, es natural que experimente un flujo de emociones negativas. Cuando es capaz de reetiquetar el acontecimiento como "un inconveniente", sus emociones se hacen más manejables.

Además del autorregistro, los pacientes pueden beneficiarse de aprender formas adaptativas para expresar sus emociones a los demás. Algunos pacientes intentar ocultar sus reacciones emocionales negativas detrás de una fachada de amabilidad y alegría. Estos pacientes pueden tener miedo de que los demás les rechacen si muestran sus verdaderas emociones. Sin embargo, esta débil máscara de alegría a menudo hace que sea más difícil para ellos desarrollar una relación verdadera, estrecha, con los amigos y los compañeros de trabajo. Otros pacientes pueden intentar conseguir apoyo o simpatía de los demás manifestando sus reacciones emocionales de una forma extrema. Sin embargo, si se utiliza esta estrategia demasiado a menudo, los amigos y los miembros de la familia se vuelven más insensibles ante las llamadas emocionales del paciente y empiezan a ignorarle. Los pacientes se pueden beneficiar de aprender a expresar sus emociones de una manera directa, honesta y espontánea.

Los que muestran una dependencia excesiva a menudo necesitan aumentar su tolerancia ante las emociones negativas. Algunos pacientes encuentran que incluso niveles de tristeza o de preocupación de leves a moderados suelen ser abrumadores para ellos. Si pueden aprender a incrementar su capacidad para tolerar estas emociones, muchos problemas serán más manejables. Además, se pueden utilizar los síntomas de ansiedad como señales para activar el uso de nuevas respuestas de afrontamiento (Suinn y Richardson, 1971; Suinn y Deffenbacher, 1988). Por ejemplo, una mujer adulta estaba buscando tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada, causado por la dependencia hacia su marido. Informaba de dificultades para llevarse bien con sus parientes políticos y la perspectiva de ir a visitar a dichos parientes en las vacaciones le producía un gran temor. Sin embargo, en terapia, se consideró la visita como un ejercicio para ayudarle a ampliar su tolerancia y su capacidad de afrontamiento ante los sentimientos y pensamientos de malestar. Se le pidió que lo escribiera en un diario privado al final de cada día. Registró varios incidentes menores que ocurrieron con su suegro, a quien encontraba muy molesto. Sin embargo, la nueva perspectiva de la tolerancia y el ejercicio le ayudaron a pasar el día. Igualmente, el acto de escribir los acontecimientos, las interpretaciones y los sentimientos la ayudaban a ser capaz de acabar cada día expresándose por medio de lo que escribía. Así podía comenzar al día siguiente fresca, sin ninguna remora emocional de los acontecimientos del día anterior.

La estabilización de las reacciones emocionales requiere tiempo y persistencia. Habitualmente, los pacientes necesitan aprender nuevas estrategias de afrontamiento para manejar los problemas emocionales con los que se encuentran. A veces, los pacientes con una personalidad dependiente expresan sus emociones negativas de una manera llamativa, exigiendo la atención, la simpatía y el apoyo de los demás. Aunque este tipo de estrategia de afrontamiento podría funcionar bien a corto plazo, con el tiempo muchos amigos y miembros de la familia pueden volverse insensibles ante las manifestaciones emocionales del paciente. Esto se interpreta como falta de sensibilidad y rechazo, y puede agravar aún más la perturbación del paciente. Se necesitan estrategias adicionales para apoyarle y estabilizar sus reacciones emocionales. Los siguientes apartados se centrarán en mejorar la perspectiva del paciente sobre sí mismo y su funcionamiento social, pero también facilitarán la estabilización de las reacciones emocionales.

23.2.2. *Ámbito 2: Mejorar las perspectivas de sí mismo*

La mayoría de los sujetos con dependencia informan de una baja confianza en sí mismos y dificultades con la autoestima. Los pacientes dependientes suelen verse como individuos débiles, frágiles o ineptos. La perspectiva negativa sobre sí mismos está a menudo relacionada con creencias centrales cargadas emocionalmente sobre el mundo y los demás (Freeman, Davis y DiTomasso, 1992). De esta forma, los pacientes pueden sobrestimar e idealizar las fuerzas y capacidades de los demás mientras minimizan sus propias competencias. Suelen reaccionar según sus propias creencias y expectativas sobre el sí mismo (Bornstein, 1992, 1999). Puede que encuentren difícil realizar otros cambios en te-

rapia porque creen que carecen de las habilidades y capacidades necesarias para el cambio. Antes de que los pacientes se comporten de un modo más autónomo, necesitan cambiar sus perspectivas sobre ellos mismos. En tanto en cuanto los pacientes se vean a sí mismos como personas débiles e incompetentes, se resistirán al cambio terapéutico. Sin embargo, si se les puede ayudar a que se vean más capaces y válidos, podrían conseguir la suficiente fortaleza del yo para moverse en nuevas direcciones. Así, un aspecto esencial de la terapia implica ayudar a los pacientes a mejorar sus perspectivas de sí mismos de una manera positiva y realista.

La dependencia interpersonal se relaciona con la baja autoestima (Overholser y Freiheit, 1994). El deterioro en el autofuncionamiento que caracteriza a los pacientes dependientes incluye una baja autoestima, un uso poco frecuente del autorrefuerzo y unos elevados niveles de autocrítica. Como los pacientes suelen criticar su propio rendimiento y capacidad, parece natural que limiten su abanico de experiencias. En vez de correr riesgos y enfrentarse a los retos, adoptan una posición más prudente y autoprotectora. Debido a que carecen de una sólida visión de sí mismos, estos pacientes se muestran vulnerables a la depresión cuando se encuentran con sucesos estresantes de la vida o con una pérdida social.

La evaluación de la autoestima puede ayudar a guiar la terapia. Hay medidas estandarizadas, como la "Escala de Autoestima, de Rosenberg" *(Rosenberg Self-Esteem Scale,* Rosenberg, 1965), que proporcionan una medida eficaz de la autoestima y peden aplicarse varias veces a lo largo del tiempo. No obstante, los cuestionarios estandarizados no siempre recogen los elementos ideográficos de la autoestima que son más relevantes para un paciente determinado. La "Escala de Evaluación de la Autoestima" *(Self-Esteem Rating Scale,* Overholser, 1992) es una hoja de registro que se ha de rellenar por el terapeuta y el paciente conjuntamente en la sesión. Se pide a los pacientes que identifiquen las áreas de su vida que contribuyen a su identidad. Se los anima a que hagan una lista de 6 a 10 áreas diferentes, incluyendo sus logros laborales, sus habilidades académicas, sus capacidades atléticas, su funcionamiento social, su familia y sus amigos y sus rasgos de la personalidad. Luego, se les pide que califiquen el valor subjetivo de cada área, totalizando las áreas identificadas con el 100%. Finalmente, se solicita a los pacientes que puntúen su éxito, tal y como ellos lo perciban, en cada área. Esta hoja de registro permite que el terapeuta y el paciente exploren las bases psicosociales de la autoestima de éste e identifiquen áreas que posiblemente necesitan un cambio. Los pacientes pueden empezar el proceso de cambio modificando sus objetivos, cambiando sus patrones para el éxito o mejorando sus esfuerzos de afrontamiento en diferentes ámbitos de la vida.

La terapia puede ayudar a los pacientes a mejorar sus perspectivas sobre sí mismos centrándose en las competencias mostradas actualmente o en el pasado. Pueden empezar a darse cuenta de algunas de las dificultades que han superado, incluso si no era fácil. Por ejemplo, una mujer estaba siendo tratada por anorexia nerviosa. Tenía unas fuertes necesidades de dependencia, pero chocaban con sus esfuerzos por la independencia. Se le pidió que completase un simple "Inventario sobre sí misma" entre sesión y sesión. El formato le pedía que identificase cinco cualidades que veía en ella y que le gustaban realmente, cinco características que no le gustaban y cinco cosas que podría hacer para mejorar. El hecho de rellenar este formato le ayudó a empezar a darse cuenta de una

perspectiva más amplia y más equilibrada de sí misma. Igualmente, el centrarse en cualidades específicas le ayudó a alejarse de una evaluación global de sí misma y a centrarse en los detalles que podían ser registrados o modificados. Se utilizaron tipos similares de preguntas para ayudarla a ampliar su perspectiva sobre los miembros de la familia y los amigos.

En la terapia, puede ser útil ayudar a los pacientes a aclarar sus objetivos en la vida y sus patrones para la evaluación (Overholser, 1996a). Algunos individuos dependientes tienen objetivos tácitos sobre profesiones o matrimonios con éxito, pero carecen de los recursos necesarios para alcanzar estos objetivos. De forma similar, su naturaleza pasiva puede inspirar estas grandiosas visiones con escasa motivación para trabajar en su obtención. Los pacientes estarán condenados al fracaso, al pesimismo y a la desesperación si continúan manteniendo objetivos que es poco probable que lleguen a conseguir. La terapia puede ayudar a adaptar las expectativas, los objetivos y los patrones del paciente con el fin de eliminar las metas que sean poco realistas, innecesarias o imposibles de conseguir.

Se debería animar a los pacientes a que se elogiasen por los actos positivos u otras cualidades deseables que posean. A veces, éstos consideran el elogio para uno mismo como un intento ingenuo de consolarse, utilizando frases que son vagas o falsas, como "no te preocupes, todo saldrá bien". Puede llevar mucho tiempo durante la terapia ayudar a los pacientes a desarrollar verbalizaciones realistas, positivas, que puedan reducir su malestar emocional y facilitar la conducta adaptativa de afrontamiento (Overholser, 1995d). A menudo, se puede utilizar una combinación de charlas dentro de la sesión y tareas escritas entre sesiones para ayudar a los pacientes a generar sus propias autoverbalizaciones positivas y evaluar su utilidad real.

A lo largo de las sesiones de terapia, puede ser útil emplear el método socrático como parte del estilo de terapia. El terapeuta puede utilizar una serie sistemática de preguntas para guiar el diálogo terapéutico (Overholser, 1993a). Igualmente, se puede usar el razonamiento inductivo para ayudar a los pacientes a que empiecen a extraer inferencias generales a partir de patrones recurrentes pero específicos (Overholser, 1993b). Luego, el terapeuta y el paciente pueden trabajar para comprender los conceptos generales utilizados en sus charlas, como definir la dependencia frente a la autonomía (Overholser, 1994). A lo largo de este proceso exploratorio, el terapeuta se supone que no conoce las respuestas a los problemas del paciente, sino que funciona como un colaborador y coinvestigador (Overholser, 1995a).

Durante el curso de la terapia, se anima a los pacientes a que aumenten sus esfuerzos y su persistencia para trabajar en la consecución de objetivos realistas. Incluso el éxito con pequeñas tareas puede ayudar a generar más confianza y entusiasmo con respecto al proceso de cambio. Igualmente, conforme los pacientes empiezan a crecer en áreas adaptativas, comienzan a sentirse mejor consigo mismos. A medida que obtienen beneficios en su autoaceptación, pueden empezar a actuar de una manera más autónoma (Overholser, 1987).

Mejorar la autoestima de un paciente es a menudo un proceso lento, gradual, que tiene lugar poco a poco a lo largo de múltiples sesiones. Igualmente, la atención sobre la

autoestima no puede prestarse de forma aislada, sino que tiene que estar entrelazada con los otros ámbitos del tratamiento. De este modo, después de que los pacientes sean capaces de mejorar su autoestima, les es más fácil realizar cambios en otras áreas de su vida. A la inversa, si han sido capaces de realizar cambios adaptativos en otros ámbitos de su funcionamiento, su autoestima suele mejorar. Por consiguiente, es mejor que el terapeuta tenga varios objetivos amplios en mente durante el transcurso de la terapia y que trabaje para llevar a cabo distintas estrategias a lo largo de las sesiones.

23.2.3. *Ambito 3: Mejora del funcionamiento social*

Los factores sociales desempeñan un papel central en la mayoría de los aspectos de la dependencia. Los pacientes con elevados niveles de dependencia interpersonal han desarrollado patrones desadaptativos para relacionarse con los demás. Un aspecto esencial de la dependencia implica fiarse en exceso de los demás a la hora de consejos, guía y apoyo emocional. Los individuos dependientes suelen confiar en los demás para obtener consejo y asesoramiento, incluso en asuntos simples. Esto puede ser una forma de conseguir apoyo y cuidado en los amigos y en los miembros de la familia, pero puede salirles el tiro por la culata de dos maneras. En primer lugar, algunos amigos, familiares o compañeros de trabajo pueden llegar a sentirse frustrados por las necesidades del paciente y tratar de terminar la relación. En segundo lugar, incluso cuando los pacientes encuentran a alguien que voluntariamente asume el papel de un compañero fuerte y dominante, el paciente se vuelve vulnerable a la pérdida temporal o permanente de esta otra persona. La ansiedad y la depresión son frecuentes cuando esta relación de protección aparenta estar amenazada.

El funcionamiento social de los sujetos dependientes se puede caracterizar por unas deficientes habilidades sociales, un temor a la evaluación negativa y un sentimiento persistente de soledad (Overholser y Freiheit, 1994). Se hablará de cada uno de estos problemas ya que se relacionan con el tratamiento de la dependencia interpersonal excesiva.

La dependencia interpersonal a veces se encuentra influida por habilidades sociales inadecuadas. Cuando los pacientes dependientes carecen de las habilidades sociales necesarias para establecer y mantener un estrecho lazo social corren el riesgo de sufrir elevados niveles de malestar emocional (Bornstein, 1993). Los sujetos con una elevada dependencia interpersonal a menudo procuran formas de provocar y mantener la aprobación social. La dependencia está relacionada con una renuencia a actuar de forma asertiva. Sin embargo, muchos pacientes con dependencia son capaces de comportarse de manera asertiva o incluso agresiva, dependiendo de las circunstancias (Bornstein, 1993).

La ansiedad social es un componente frecuente de la dependencia excesiva. Los individuos con problemas de dependencia a menudo son muy sensibles ante las señales interpersonales (Bornstein, 1994), lo que facilita que sientan el rechazo interpersonal. Debido a sus propias perspectivas negativas sobre sí mismos, los pacientes dependientes a menudo esperan que los demás les vean como sujetos inadecuados. De este modo, se con-

vierte en un asunto importante para ellos el encontrar algunos individuos clave que les acepten, incluso con sus defectos. Sin embargo, la ansiedad social a menudo permanece, limitando la extensión y la amplitud de las actividades sociales llevadas a cabo por el individuo dependiente. Con el temor de cometer errores, estos pacientes socialmente ansiosos pueden volverse muy rutinarios en sus interacciones sociales. Un objetivo inicial que es simple y directo implica ayudar a los pacientes a aumentar su actividad social (Overholser, 1995c). Para esos sujetos con dependencia, este centro de atención debe implicar el aumentar el círculo de personas, no sólo la cantidad de actividades. De este modo, se anima amablemente a los pacientes a que se distancien de su estrecho vínculo con un compañero dominante y que empiecen a explorar relaciones alternativas.

Los sentimientos persistentes de soledad son frecuentes en los individuos con una personalidad dependiente (Overholser, 1996b). Aunque pueden tener una fuerte confianza emocional en los demás, a veces sufren dificultades para establecer o mantener una red adecuada de apoyo social. A menudo, prefieren seleccionar pocos individuos clave y construir un pequeño y estrecho grupo de apoyo. Sin embargo, los clientes con dependencia son vulnerables a la depresión cuando estas relaciones sociales se convierten en conflictivas o se terminan (Birtchnell, 1988). Además, estos sentimientos pueden hacer que el paciente parezca desesperado por conseguir atención social, rechazando en potencia a otras personas.

Los sujetos con dependencia pueden beneficiarse a veces de tratamientos que se centran directamente en el funcionamiento social. Las intervenciones, que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento asertivo, pueden ser muy útiles con pacientes dependientes. Éstos pueden aprender las habilidades implicadas en un nuevo estilo interpersonal y darse cuenta de los beneficios de comportarse de forma diferente con los demás.

La atención en el funcionamiento social a menudo empieza con varias tareas de autorregistro. Se puede solicitar a los pacientes que registren la frecuencia y la clase de actividades sociales diferentes (Overholser, 1995c). Esto proporciona al terapeuta un útil resumen de una semana típica del paciente. Entonces, se le puede pedir a éste que aumente gradualmente su actividad social. Esto puede hacerse de dos formas: elevando la cantidad de actividad durante la semana e incrementando el círculo de personas con las que se relaciona, con el fin de ampliar la red social. Algunos pacientes necesitan ser guiados a la hora de ampliar el abanico de actividades (p. ej., al asistir a fiestas en grupo con muchas personas). Pero aún con más frecuencia necesitan de ayuda para aumentar la amplitud de su red social.

Incrementar las posibilidades de las actividades proporciona un sencillo centro de atención en la terapia. El autorregistro de las actividades sociales puede revelar el patrón típico de acontecimientos para el paciente durante la semana. Se le puede animar a que amplíen la variedad de actividades, tanto las sociales (p. ej., comer con un compañero de trabajo) como otras actividades que no incluyen necesariamente un componente social importante (p. ej., pasear en bicicleta, apuntarse a una clase de cocina). Puede también empezar a experimentar diferentes actividades agradables de las que parece disfrutar, pero que no ha estado realizando de forma regular. Esto podría incluir el invitar a un ami-

go a cenar, salir a un restaurante con un grupo de amigos o ir de compras con un compañero de trabajo. Conforme el paciente comienza a ampliar el abanico de actividades sociales, se pueden afrontar muchas cuestiones terapéuticas. Puede también discutirse en la terapia cualquier actividad que cree malestar o aprensión y utilizarse como una oportunidad para aprender.

Las dificultades interpersonales del paciente se complican aún más cuando tiene pocas opciones sociales y habitualmente pasa todo el tiempo social implicado con una figura central. Algunos sujetos dependientes han establecido un pequeño grupo de amigos o familiares que parecen comprensivos, atentos y prestadores de apoyo. Pueden también buscar una persona fuerte, protectora, que sirva como un sustituto parental. Además, pueden invertir importantes emociones en esta relación principal y tener luego dificultades para separarse de esa persona. Los pacientes dependientes a menudo perciben a los extraños como peligrosos o amenazantes. Puede ser muy útil que empiecen a hacer contactos con personas que estén fuera de su red habitual de amigos. Por ejemplo, una mujer adulta con depresión recurrente contó que su madre era su principal apoyo social. La paciente tenía contacto diario con su madre, terminaba habitualmente el día con una larga conversación telefónica con ella e intercambiaba puntos de vista o acontecimientos recientes. Aunque esto confortaba a la paciente, era capaz de ver que sería útil aumentar su red de apoyo social. Gradualmente, empezó a llamar a más amigos para charlar por las tardes. Empezó también a acercarse más a los compañeros de trabajo para comer juntos. Estas dos actividades le dieron oportunidades añadidas para intercambiar puntos de vista sobre acontecimientos recientes, públicos y privados. Tenía menos necesidad de las charlas diarias con su madre y se sentía mejor con respecto a su capacidad para conversar con los amigos. En una sesión informó con alegría de que tuvo que solicitar a la compañía telefónica que le pusieran el servicio de llamada en espera en el teléfono de casa debido a la cantidad de llamadas que estaba recibiendo de sus nuevos amigos.

Los pacientes desearían correr ciertos riesgos y experimentar nuevas actividades sociales. Debido a sus sentimientos de ansiedad e inseguridad, pueden limitar su abanico de actividades a aquellas que han estado realizando durante muchos años. Puede ser difícil que empiecen a participar en nuevas actividades, ir a nuevos lugares o conocer personas nuevas. Sin embargo, si la terapia puede empezar con prudencia, pidiendo simplemente a los pacientes que lleven a cabo una nueva actividad cada semana, éstos pueden comenzar a aprender sobre las actividades y sobre ellos mismos.

23.2.4. *Ámbito 4: Enfrentarse a los antecedentes ocurridos durante el desarrollo*

Por definición, los trastornos de la personalidad se desarrollan en la adolescencia y normalmente están relacionados con muchos factores presentes durante la infancia. Desafortunadamente, la evidencia empírica con respecto a la etiología de los trastornos de la personalidad suele ser débil. De este modo, hay que fiarse de la teoría y de la experiencia clínica para identificar factores del desarrollo que puedan predisponer a una persona hacia una dependencia excesiva.

Se ha supuesto que la sobreprotección parental puede fomentar sentimientos de dependencia. Un niño que se ha criado en un ambiente sobreprotector puede aprender que hay muchas situaciones que se deben temer. Los padres suelen estar siempre presentes con el fin de protegerlo. Sin embargo, esto implica que el niño carece de la fortaleza o los recursos para protegerse a sí mismo. Además, cuando los niños luchan con una enfermedad médica seria y crónica (p. ej., el asma), es posible que los padres necesiten actuar de una manera precavida y protectora. Este ambiente sobreprotector puede sentar las bases de una dependencia para toda la vida.

Los adultos que manifiestan elevados niveles de dependencia interpersonal han descrito un patrón consistente de vida hogareña durante su infancia. Los adultos dependientes a menudo fueron criados en hogares caracterizados por un alto grado de control parental y por tendencias a evitar la expresión manifiesta de las emociones (Head, Baker y Williamson, 1991). La familia no estimuló habilidades para la vida con carácter independiente (Baker, Capron y Azorlosa, 1996). Estos patrones durante la infancia pueden explicar la tendencia de los adultos con dependencia a comportarse de una manera sumisa hacia la autoridad y a buscar consejo, palabras tranquilizadoras y aprobación en los demás (Livesley, Schroeder y Jackson, 1990).

Cuando los niños se enfrentan a la separación, el abandono y la negligencia de sus padres, pueden desarrollar una vulnerabilidad a la depresión durante toda su vida (Blatt y Homann, 1992). El niño puede formarse una perspectiva duradera de que el mundo es un lugar peligroso y amenazante y que los demás podrían no estar allí para darle protección. De este modo, posiblemente se crearía una tendencia a apegarse a un cuidador fuerte, protector, por temor al abandono.

Aunque los antecedentes evolutivos pueden desempeñar un papel central en la etiología de la dependencia, esto tendría un papel secundario a la hora del tratamiento. Los acontecimientos del pasado lejano no pueden cambiarse y, además, sería difícil evaluarlos de una manera objetiva. Sin embargo, los acontecimientos tempranos pueden crear esquemas cognitivos para evaluar e interpretar un amplio abanico de acontecimientos de la vida. Los sucesos que actualmente sirven para mantener un problema podrían ser similares a los acontecimientos originales que provocaron el inicio de la dependencia. De aquí que la mayor parte de la terapia pueda centrarse en los aspectos actuales de la vida del paciente, mientras se da cuenta y aprende de los factores que aparecieron durante el desarrollo, que habrían creado la dependencia excesiva años antes.

23.3. Conclusiones y directrices futuras

El tratamiento cognitivo-conductual de los sujetos con excesiva dependencia interpersonal puede ser una tarea difícil pero recompensante. Muchos pacientes son capaces de realizar cambios extremos en sus vidas, pero tanto el terapeuta como el paciente deben estar preparados para darse cuenta de los numerosos pequeños pasos que han de dar antes de que sean visibles los grandes cambios. La terapia lleva tiempo, esfuerzo y persistencia por parte del terapeuta y del paciente. Éste debería tener en cuenta la idea del mol-

deamiento, por medio del cual el terapeuta empieza al nivel de funcionamiento del paciente e intenta realizar mejoras graduales conforme pasa el tiempo (Perry y Flannery, 1989). De esta forma, tanto el terapeuta como el paciente pueden obtener una sensación de satisfacción cuando se producen pequeños cambios, en vez de esperar a que ocurran cambios radicales.

Los enfoques cognitivo-conductuales de tratamiento están normalmente estructurados y, a menudo, dirigidos por un detallado manual de tratamiento. Sin embargo, este grado de estructura no parece factible cuando se trabaja con pacientes que tienen un trastorno de la personalidad. Está claro que una guía paso a paso del tratamiento no encajará con las necesidades de la mayoría de los pacientes. Incluso los modelos por etapas son difíciles de aplicar porque, en la mayoría de las sesiones de terapia, el terapeuta habilidoso debe ser capaz de comprender y llevar a cabo tareas que tienen que ver con sesiones anteriores así como planificar el afrontamiento de las dificultades relacionadas con la prevención de las recaídas (Sperry, 1999; Gude y Vaglum, 2001). Sin embargo, la terapia con los pacientes dependientes puede cambiar con el tiempo y a lo largo de las sesiones. Al inicio de la terapia, los sujetos con dependencia buscan a menudo un terapeuta sólido y directivo que les diga lo que tienen que hacer. Sin embargo, la mayoría de los psicoterapeutas se sienten incómodos al asumir ese papel directivo. Existen preocupaciones con respecto a la habilidad del terapeuta para crear y manipular las necesidades de dependencia de ciertos pacientes vulnerables (Abramson, Cloud, Keese y Keese, 1994). Por el contrario, la terapia que intenta enfrentar, cambiar y disminuir rápidamente la dependencia hacia los demás puede provocar un malestar emocional extremo y la finalización prematura de la terapia (Freeman y Gunderson, 1989). En ésta, puede ser útil que el terapeuta asuma una posición directiva como una forma temporal de comprometer al paciente y empezar el cambio terapéutico (Perry, 1995). El terapeuta puede ayudar al individuo dependiente a hacer algunos cambios importantes en su vida, como abandonar a un cónyuge abusador. Si el terapeuta no es capaz de tomar un papel más activo en la terapia, el paciente puede permanecer en una relación violenta y es probable que la terapia se termine antes de tiempo. No obstante, si el terapeuta es capaz de asumir un papel más directivo, el paciente puede seguir comprometido con la terapia. Conforme progresa el tratamiento, pueden surgir muchos problemas éticos y terapéuticos si el profesional continúa permitiendo que el paciente siga dependiendo de él. De este modo, el terapeuta tiene que percibir la dependencia del paciente con respecto a él como una fase de transición que tendrá que abordarse después de que el paciente haya realizado algunos cambios adaptativos. Cuando el paciente se siente mejor, más fuerte y más estable emocionalmente, es natural que el terapeuta retire la dirección y el consejo que utilizó en etapas anteriores del tratamiento. Los pacientes pueden empezar a tomar sus propias decisiones, un importante cambio constatado en el tratamiento que tiene éxito (Turkat y Carlson, 1984).

Es probable que la finalización de la terapia requiera un proceso gradual que ya se ha planificado detalladamente por adelantado. Después de que el paciente haya hecho avances importantes en la terapia, el terapeuta puede reducir gradualmente la frecuencia de las sesiones. La finalización real se contempla mejor como una suspensión temporal

de las sesiones, no como una suspensión permanente de la relación. Igualmente, las estrategias de prevención de las recaídas pueden utilizarse para ayudar a los pacientes a tolerar la inestabilidad emocional y los problemas interpersonales ocasionales que sin duda continuarán apareciendo (Overholser y Fine, 1994; Sperry, 1999). El haber aprendido a identificar las situaciones de alto riesgo y el sopesar si es conveniente evitar o afrontar esas situaciones (con las respuestas de afrontamiento ya aprendidas), puede funcionar para prevenir las recaídas. En el caso de que el paciente no afronte adecuadamente algunas situaciones, se le debe haber preparado para que vea esos momentos como "caídas" (p. ej., contratiempos temporales, menores) y no como "recaídas" (p. ej., retrocesos más graves, más permanentes). El terapeuta debería ayudar a los pacientes a reevaluar cualquier tropiezo inicial como una "caída", con el fin de reducir la tendencia de los mismos a ver la caída como un fracaso total por su parte, y a utilizarla como una oportunidad para aprender nuevas formas de afrontamiento ante situaciones similares (Overholser y Fine, 1994).

La presente revisión ha identificado algunas de las áreas problemáticas principales que requieren tratamiento. El terapeuta debería estar preparado para abordar cada una de estas áreas a lo largo del curso de la terapia. Igualmente, la terapia cognitivo-conductual es capaz de tratar los trastornos del Eje I y del Eje II de una manera integrada (Overholser, 1997). Sin embargo, el plan de tratamiento tiene que identificar y abordar los problemas primarios y secundarios. El terapeuta tiene que ser capaz de desarrollar un plan de tratamiento integrado que aborde los elementos comunes a lo largo del síndrome clínico del Eje I y del trastorno de la personalidad del Eje II. La terapia puede cambiar la estrategia general del paciente de la pasividad a la actividad y enfrentarse a la naturaleza desadaptativa, autoperpetuante, de los problemas del mismo (Millon, 1999; Millon y Davis, 1996).

Existe un solapamiento considerable entre los distintos ámbitos. Se aconseja al terapeuta que comprenda el modelo entero y acuda a cada sesión de terapia con varios posibles caminos para seguir. Así, dependiendo de las necesidades actuales y de los acontecimientos recientes informados por el paciente al comienzo de la sesión, el terapeuta puede decidir qué opción terapéutica es más relevante en ese momento. Los 10 primeros minutos de cada sesión deben servir para sopesar qué plan será el más adecuado en ese momento. El terapeuta y el paciente deberán trabajar juntos y el éxito de la terapia se conseguirá con la acumulación de muchos pequeños avances que se han ido logrando poco a poco a lo largo de la misma.

El modelo propuesto para el tratamiento de la dependencia interpersonal excesiva se basa en la experiencia clínica con distintos pacientes. Aunque se han llevado a cabo varios estudios que apoyan los elementos de este modelo, la investigación anterior se centró en la evaluación, no en el tratamiento. Por tanto, se necesitarán futuros estudios para examinar la utilidad del modelo de tratamiento propuesto.

Si confiamos en la experiencia clínica, este modelo parece razonablemente eficaz. Una serie de pacientes han sido capaces de conseguir ganancias importantes en la terapia. Han aprendido a confiar en ellos mismos, han aumentado su red social, son más tolerantes con las emociones negativas y han desarrollado un mayor equilibrio en sus vidas. Sin em-

bargo, muchos de los temas que se abordaron en la terapia podrían continuar siendo de interés durante muchos años, incluso después de que la terapia haya finalizado con éxito. Muchos clientes continúan luchando para mantener un equilibrio entre la dependencia y la autonomía en sus vidas, pero el equilibrio es deseable y alcanzable.

24

Terapia farmacológica para los trastornos de la personalidad

Néstor M. S. Koldobsky
Universidad de La Plata (Argentina)

24.1. Introducción

El propósito de este capítulo es establecer las bases generales para una acción terapéutica psicofarmacológica sobre los trastornos de la personalidad (TT PP) que se sustente en el desarrollo que van alcanzando la investigación de la etiología, la clínica y la terapia de estos trastornos (Koldobsky, 1995, 2001). Actualmente, se están produciendo cambios significativos en el tratamiento de los TT PP. Mientras la psicoterapia orientada a la introspección se destina a enfocar las dimensiones del carácter, ésta tiene muy poco o ningún impacto sobre el temperamento (Sperry, 1999). La farmacoterapia de los TTPP se dirige a las bases biológicas del temperamento, dado que las diferentes dimensiones de la personalidad están mediadas por variaciones en la fisiología de los neurotransmisores. Aspectos del temperamento tales como los estilos cognitivos y perceptivos, la regulación de los impulsos, del afecto, del estado de alerta y de la inhibición parecen estar biológicamente mediados y permiten una intervención farmacológica (Koldobsky, 1995).

Los últimos modelos teóricos de la etiología y el tratamiento de los TT PP integran factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales e intentan clarificar las contribuciones particulares de cada uno de esos elementos. Se da una transición desde la búsqueda de los correlatos biológicos específicos de los TT PP como totalidad hasta una aproximación menos global, donde se exploran las dimensiones, características clínicas o rasgos que se encuentran en la base de cada TP. Se ha propuesto que estas dimensiones tienen una unión específica con la neuroquímica y la neurofisiología del cerebro (Silk, 1998). Las recomendaciones para la intervención farmacológica se basan, en parte, en una significativa comprensión de los mecanismos biológicos subyacentes. Como señala Soloff (Soloff, 1991b, 1993), la farmacoterapia del trastorno límite, concepto que podemos hacer extensivo a todos los trastornos de la personalidad, ha dejado de ser objeto de una controversia teórica utópica para tener aceptación como área de investigación clínica. Se ha progresado en este aspecto, si se considera que en todos los trastornos de la personalidad, y en especial en los pacientes límite, hay dos vertientes, una vulnerabilidad bioló-

gica (descontrol afectivo y conducta impulsiva) y una patología caracterológica central (lo interrelacional). Hoy día, las drogas psicoactivas constituyen una parte importante del plan de tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad (Coccaro, 1991; Gardner, 1989; Joseph, 1998; Paris, 1993b; Soloff, 1990, 1993; Stein, 1992; Stone, 1990b) y a los pacientes portadores de un TP que acuden a la consulta del psiquiatra, casi siempre los vemos medicados con uno o más fármacos. La existencia de una base biológica se ve confirmada, entre muchos otros aspectos, por los cambios de la personalidad que aparecen después de un daño cerebral.

El reto para la farmacoterapia de los TT PP es la diferenciación de las patologías biológicas con respecto a las interpersonales, con el fin de no "biologizar" todas las conductas. La neurobiología de los TT PP provee un marco teórico para el diseño del estudio y el tratamiento farmacológico en pacientes con un TP (Soloff, 1997). La mediación de la neurotransmisión en dimensiones tales como la búsqueda de novedades, la impulsividad, la esquizotipia, etc., sugiere la utilidad de una medicación altamente selectiva, como tratamiento clínico de estos trastornos. Simultáneamente, el uso de psicofármacos y su acción específica se constituyen en una prueba confirmatoria de las hipótesis sobre las bases neurobiológicas de las dimensiones de la personalidad. El enfoque ideal estaría dado por el uso de medicación para el tratamiento de los síntomas y luego, o junto a esto, la psicoterapia para trabajar los aspectos psicosociales y los conflictos, que puedan ser la causa de los síntomas o ser causados por éstos.

A pesar de los avances, nos encontramos todavía con la carencia de un sistema teórico amplio. Sin embargo, los ensayos empíricos de la farmacoterapia han arrojado pruebas de su eficacia en el control específico de síntomas de los TT PP (Soloff 1993; Soloff *et al,* 1994). Según Joseph (1998), "la experiencia clínica me ha convencido que muchos de los TT PP pueden... ser tratados de forma integral y mejoran con medicación".

24.2. Tratamiento de dimensiones o características clínicas específicas con posible origen biológico

El futuro brindará la posibilidad de enfocar las intervenciones farmacológicas para dimensiones específicas de los TT PP, con una completa comprensión de sus bases psicobiológicas. En el momento actual, el plan farmacológico debe ser llevado a cabo no sólo orientado a las bases biológicas, sino enfocado predominantemente hacia los resultados, incluyendo conductas, funciones, calidad de vida y relaciones con el Eje I. La vulnerabilidad ante la depresión comórbida en los TT PP surge en la dinámica interpersonal de la desesperanza, de la pérdida objetiva y de la severidad de una educación parental crítica. El papel del temperamento seguramente contribuye a la vulnerabilidad a través de modelos genéticos de respuesta afectiva, percepción, procesamiento de la información, impulsividad e inhibición.

Para poder avanzar en la comprensión del enfoque terapéutico de los TT PP se hace necesario tener en cuenta las clasificaciones de la personalidad, que son cada vez más útiles y complejas. Dos grandes métodos de clasificación son los más utilizados para los

TT PP: el categorial y el dimensional. Los enfoques neurobiológicos y psicofarmacológicos se inclinan por la opción dimensional. Las dimensiones de agrupamiento de los TT PP en el DSM-IV pueden corresponder a dimensiones más elementales, como el Grupo A o dimensión "extraña, con la desorganización cognitiva"; el Grupo B o dimensión "dramática, con la inestabilidad afectiva y la impulsividad"; y el Grupo C o dimensión "ansiosa con la ansiedad".

Coccaro (Coccaro y Kavoussi, 1991) estableció la necesidad de actuar sobres tres aspectos sintomáticos en el tratamiento farmacológico de los TT PP: la labilidad afectiva, la impulsividad-agresividad y los delirios psicóticos transitorios. Por su parte, Cloninger (1988) desarrolla un importante sistema clasificatorio, derivando las dimensiones de búsqueda de novedad, la evitación del daño y la dependencia de la recompensa (tres dimensiones temperamentales, de las siete que establece para la personalidad) de modelos animales con características de estímulo-respuesta. Estos rasgos son atribuidos a la mediación dopaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica, respectivamente. Si la teoría fuera válida, la respuesta a las drogas podría predecirse desde la investigación sobre la personalidad. La dimensión de la búsqueda de novedad y sus rasgos asociados, como la impulsividad, la excitabilidad y la rápida aparición del mal carácter, pueden responder a los neurolépticos, en especial los de nueva generación (risperidona y olanzapina). La disminución de la influencia serotoninérgica debería beneficiarse, en los pacientes con excesiva evitación del daño y sus rasgos asociados temor, timidez e inhibición, de la acción de los ISRS. La disminución de la influencia noradrenérgica podría modificar la dependencia de la recompensa, la sensibilidad social y la excesiva necesidad de agradar a otros.

Siever desarrolla un modelo psicobiológico de los TT PP consistente en la consideración de cuatro dimensiones, que están en la base de muchos de los TT PP: la organización cognitivo/perceptiva, la impulsividad/agresividad, la inestabilidad afectiva y la ansiedad/inhibición. Siever y sus colegas (Kavoussi y Coccaro, 1995; Siever, Bernstein y Silverman, 1991; Weston y Siever, 1994) usaron drogas altamente selectivas en los TTPP para caracterizar las respuestas de los neurotransmisores. La psicobiología de las características clínicas y/o dimensiones de la personalidad puede comprenderse mejor por la consideración de las respuestas neurofisiológicas, mediadas por neurotransmisores específicos, usando agentes altamente selectivos y correlacionando la respuesta con la presencia de dimensiones discretas de la personalidad. Un aspecto interesante de esta estrategia es que la función de los neurotransmisores actúa en el cerebro y puede ser, entonces, medida indirectamente a través de las respuestas centrales a los neurotransmisores, a través de la activación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA), de la hormona del crecimiento (GH) y de la corticotropina (ACTH), con una actuación farmacológica selectiva. Se puede ver entonces que la reducción de la respuesta a la prolactina se da en los pacientes agresivos impulsivos como respuesta a la actuación de los agentes serotoninérgicos tales como fenfluramina, buspirona y m-CPP, lo que sugiere una disminución de la función de la neurotransmisión central serotoninérgica en esta dimensión de la personalidad. El aumento de la GH por el agente noradrenérgico clonidina puede relacionarse con la extraversión y la asunción de riesgos. Este paradigma experimental sugiere la realización de en-

sayos farmacológicos en las dimensiones de la personalidad asociadas a una respuesta específica al neurotransmisor (p. ej., ISRS para la agresión impulsiva).

Los ensayos farmacológicos en los TTPP han estado dirigidos, históricamente, a los aspectos agudos de los síntomas, más que a los rasgos de vulnerabilidad crónica. Se trata de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales manifestados durante una descompensación aguda. Los rasgos persistentes o crónicos reflejan variaciones biológicas subyacentes, que pueden ser también influidas por el tratamiento psicofarmacológico.

Las alteraciones de la organización cognitiva van desde la psicosis a los síntomas de tipo psicòtico, y los déficit más sutiles de interpretación de los indicadores sociales. Aquellos que presentan impulsividad (como el límite, el histriónico y el antisocial) tienen un umbral bajo para la acción motora, en particular la agresiva, en respuesta a estímulos del medio. También tienden a exteriorizar sus problemas y reaccionan de forma extrema a los acontecimientos del medio. La inestabilidad afectiva (presente en el límite, el histriónico y el narcisista) se caracteriza por cambios rápidos en la activación del afecto, que oscilan entre la ira y la frustración. Estos cambios afectivos se producen en horas y son extremadamente sensibles a las modificaciones del medio, como la separación o la frustración. La ansiedad refleja una alta disposición a anticipar el castigo o las consecuencias aversivas de su conducta, asociada a la activación autónoma (debida al temor). Puede inhibir una notable variedad de conductas asertivas o competitivas. Esos individuos temen básicamente las consecuencias de su conducta.

24.2.1. *Las perturbaciones a nivel cognitivo*

Los síntomas cognitivos más frecuentemente encontrados en los TT PP son los pensamientos autorreferenciales, las ilusiones, la desrealización, la despersonalización y la ideación paranoide. Hay también intensos episodios micropsicóticos. Los esquizotípicos tendrían síntomas crónicos de bajo nivel psicòtico, como aislamiento, abandono, ilusiones recurrentes y extravagancias. Los límite tendrían alteraciones agudas, dramáticas, micropsicóticas, caracterizadas por ansiedad desesperada en respuesta a estímulos estresantes, en especial las pérdidas, o en relación al grado de labilidad afectiva (Soloff *et al,* 2000).

Las alteraciones cognitivas pueden ser susceptibles de tratamiento con neurolépticos. Estas indicaciones terapéuticas surgen asociadas al concepto de utilización en cuadros que no pertenecen estrictamente a una nosología. Las dosis bajas de neurolépticos actuarían en las ilusiones recurrentes, el pensamiento autorreferencial y la ansiedad fòbica (Gunderson, 1991; Stone, 1990a), aunque, sin lugar a dudas, se debe también incidir en los estímulos estresantes desencadenantes del cuadro. Debe ponerse especial interés en las formas de disminución y suspensión del fármaco.

Los trastornos límite y esquizotípico tienen a veces rasgos genéticos relacionados con la esquizofrenia: movimientos oculares característicos y vulnerabilidad familiar para esta enfermedad. El esquizotípico es el más característico y grave de los trastornos de este grupo. Biológicamente es el que está más relacionado con la esquizofrenia (corresponde al "espectro esquizofrénico"). Presenta desvinculación social y síntomas correlacionados específicamente con los de la esquizofrenia.

Los síntomas cognitivos presentan básicamente un aumento de la actividad de la dopamina. Hay un incremento del ácido homovanílico en algunos tipos de la personalidad paranoide y una disminución en presencia de los síntomas de tipo déficit (aislamiento social por desinterés en los esquizotípicos). Los síntomas de tipo psicòtico responden a la medicación antipsicótica y sufren el efecto psicòtico mimètico (negativo y positivo) de la anfetamina y de los neurolépticos, particularmente los de nueva generación (risperidona, olanzapina y clozapina), en especial cuando estos síntomas están presentes en pacientes límite, esquizotípicos y paranoides. Sin embargo, en algunos estudios con este tipo de pacientes, los neurolépticos no se han mostrado eficaces. Los pacientes que responden son aquellos que presentan psicoticismo y síntomas esquizotípicos graves.

24.2.2. *Los síntomas relacionados con el déficit o el aislamiento social*

Los esquizoides presentan como rasgo central el aislamiento social, con desinterés para lograrlo. Los individuos con diátesis para la esquizofrenia, muestran un deterioro en el desarrollo de la satisfacción, lo que también se ve en los individuos que presentan la dimensión búsqueda de sensaciones o un déficit de la dimensión búsqueda de la recompensa.

Las relaciones interpersonales estables dependen de la selección de una apropiada información, de indicadores referidos a las otras personas y de que se sincronicen las respuestas en forma recíproca. La conducta de apego puede alterarse si hay una inmadurez neurològica. En los parientes de esquizofrénicos hay una inmadurez amplia del desarrollo. Esto se ve también en los esquizoides y esquizotípicos, corroborado por un desmejoramiento de los movimientos oculares de rastreo.

24.2.3. *Anormalidades neuropsicológicas*

En los TT PP con alteraciones cognitivas hay anormalidades en pruebas de evaluación de la atención sostenida y de evaluación para problemas del procesamiento de la información visual. Se encuentran también anormalidades del electroencefalograma EEG y alteraciones en los potenciales evocados (alteración de la onda P300 que sigue a la presentación de estímulos), anormalidades galvánicas de la piel y anomalías en el tiempo de reacción visual. Hay un aumento del tamaño ventricular asociado a una disminución del HVA y a síntomas de tipo deficitario. La disminución ventricular se ve unida a la hipodopaminergia. La resonancia magnética muestra una disminución del tamaño del lóbulo frontal. Esto también se ve por las alteraciones de las pruebas de la función prefrontal. La afectación cortical no sería global. El HVA en plasma está negativamente relacionado con síntomas de tipo déficit; también se encuentra relacionado con un incremento del abandono social y con el afecto restringido.

Psicofarmacología de los síntomas deficitarios

El déficit en la función cortical y social puede disminuirse con agentes que mejoran la actividad dopaminérgica (no todos de valor terapéutico), anfetamina, inhibidores de la recaptación de dopamina (maxindol), psicoestimulantes, L-Dopa, IMAO y agonistas D1 selectivos, cuando estén disponibles.

24.2.4. *La conducta impulsiva/agresiva*

La impulsividad es un rasgo definido del trastorno límite (TLP), es significativa en el antisocial (TAP) y está presente en menor grado en el histriónico (THP) y en el narcisista (TNP). Sus rasgos y síntomas más característicos son las amenazas suicidas, las conductas parasuicidas, la agresión impulsiva, el asalto, la destrucción de la propiedad, las conductas "adictivas" (drogas, alcohol, sexo o alimento), la impulsividad cognitiva por baja tolerancia a la frustración y las crisis temperamentales y los berrinches. Son pacientes que actúan sin reflexionar, particularmente cuando expresan agresividad. Se irritan fácilmente y desarrollan con frecuencia conductas agresivas, abuso de sustancias psicoactivas, autolesiones y promiscuidad. Los rasgos impulsivos pueden ser causa de la inestabilidad de las relaciones y de la tendencia a la presentación dramática del cuadro. La impulsividad puede presentarse en forma distinta en los diferentes trastornos: en el TLP se asocia a la inestabilidad afectiva, reaccionan con agresividad ante la disforia engendrada por la pérdida o la separación; en el TAP las conductas antisociales e impulsivas son mucho más persistentes. Los límite, los histriónicos y los narcisistas tienen impulsos de tipo irracional cuando se dan afectos de carácter intenso, en especial las pérdidas, y ante los ataques de pánico. Hoy día existe optimismo en cuanto a la terapéutica psicofarmacológica de estos episodios.

Muchos trastornos antisociales o límite tienen factores biológicos asociados: ondas lentas y agudas en el EEG, reflejo en la respuesta galvánica de la piel, vulnerabilidad a la desinhibición del sistema nervioso autónomo y del sistema muscular voluntario. Habría también factores biológicos en la base de la impulsividad del trastorno histriónico .

En muchos de los trastornos de la personalidad hay antecedentes de disfunción cerebral mínima (DCM), de trastornos de déficit atencional (DDA) y de descontrol periódico de los impulsos (DPI). Cuando están presentes estos síndromes, algunos trastornos de la personalidad se benefician de la medicación. Con ésta los pacientes pueden pensar antes de actuar impulsivamente. En el sustrato de la agresión impulsiva participan, entre muchos otros, la serotonina, la dopa, la noradrenalina y el Gaba (Oquendo y Mann, 2000).

El sistema serotoninérgico, como sistema inhibidor conductual, se ha visto implicado de forma creciente en la impulsividad y la agresividad. Se asocia también a la presencia de trastornos epileptiformes, trastornos atencionales, y niveles circulantes elevados de endorfinas y testosterona. Las vías mesolímbicas que modulan las respuestas afectivas al medio se involucran en la agresión. El aumento de la actividad dopaminérgica incrementa la agresión por irritación y desciende el índice de habituación a las crisis agresivas. El in-

cremento o la disminución de la actividad noradrenérgica aumenta también la agresión impulsiva.

Las anormalidades en la serotonina suponen el hallazgo mejor documentado en relación con la impulsividad y la agresividad de los TT PP. Los agentes que mejoran la actividad serotoninérgica revierten la conducta agresiva e inhiben la agresividad, ya sea espontánea o inducida. La eficacia antiimpulsiva ha sido demostrada en una variedad de medicamentos, pero los más específicos son los anticonvulsivantes, los ISRS y el litio.

24.2.5. *Alteraciones del estado de ánimo*

Los síntomas afectivos más frecuentes en los trastornos de la personalidad, en especial en el límite, son la inestabilidad del humor, la depresión, la carga de angustia inapropiada, la ansiedad social, la anhedonia, los sentimientos de vacío y soledad y el aburrimiento. Los estudios psicofarmacológicos deben afrontar el problema de la comorbilidad (Benjamin y Strand, 1998). En la mitad de los límite está asociado un diagnóstico de depresión, ¿cuál es el trastorno que responde a la medicación?

Hay un error en biologizar toda la conducta, lo que lleva a ensayos agresivos con medicación o terapia electroconvulsiva (ECT) dirigidos a los aspectos aprendidos, como la baja autoestima, el desamparo o el pesimismo. Esto lleva a la refractariedad o a la respuesta parcial a la medicación que se ensaya en la depresión y en los TT PP. Se ha comprobado también que la respuesta de los TT PP es independiente de los diagnósticos del Eje I. La depresión del sujeto límite es una entidad diferente que el trastorno depresivo mayor (TDM), si bien las dimensiones de la personalidad pueden compartir bases de neurotransmisión comunes con los trastornos del Eje I. Así, las distinciones entre Eje I y Eje II no son muy relevantes, a veces, en este nivel biológico.

Los TT PP, en especial los del Grupo B, tienen una alta asociación con los trastornos afectivos, en especial con el TDM, pero también tienen síntomas depresivos caracterológicos como son la baja autoestima, el pesimismo, la alta sensibilidad al rechazo, la ideación suicida crónica, síntomas que no desaparecen, aunque a veces se atenúan con el tratamiento del TDM. En los TT PP hay perturbaciones en la intensidad y/o labilidad del estado de ánimo, muchas veces confirmadas por los marcadores biológicos. Cuando se investigan los trastornos afectivos de forma sistemática en los sujetos con un trastorno límite, los pacientes pueden ser diagnosticados con un TDM, un trastorno depresivo atípico (TDA) o disforia histeroide (denominación antigua, pero que conserva cierta utilidad, ya que abarca formas atípicas de la depresión caracterológica).

Soloff (1991b, 1993) señala que deben ser tratados por medio de fármacos los cuadros de depresión grave que presentan los TT PP. Es un error no hacerlo, dado que de esa manera se dificulta el acceso a la psicoterapia y persiste el sufrimiento. Muchos otros cuadros de TT PP, que según el DSM presentan trastornos del estado de ánimo y labilidad afectiva, responderían a dosis bajas de neurolépticos. Si bien un porcentaje elevado de los TT PP se asocia a la depresión y a la depresión mayor, como se puede ver por los

síntomas ligados a los trastornos del estado de ánimo señalados en el párrafo anterior, muchos otros se corresponden con las denominadas depresiones atípicas.

Los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio, actúan sobre el componente maníaco y la labilidad afectiva que acompaña a muchos TT PP. El tratamiento de ambos estados, depresión y manía, puede mejorar rápidamente la eficacia y la rapidez a la hora de la intervención de la psicoterapia.

Los pacientes narcisistas sufren depresión cuando se desarman sus fantasías grandiosas. Para Pitt (1991), los antidepresivos permitirían "reinflar" las fantasías grandiosas, prematuramente rebajadas por la psicoterapia, hasta que se dé la posibilidad de una reestructuración total de la personalidad. Las personalidades obsesivas se asocian frecuentemente con la depresión. En los episodios de depresión se ven con más facilidad conflictos tales como la agresión, la venganza y la mortificación, usadas para dominar a los otros. La asociación de la personalidad histérica y la depresión se ha observado desde antiguo. Cuando se asocian personalidades histéricas a las límite, la depresión se puede relacionar con un incremento en la demostración de las crisis temperamentales y la ruptura del vínculo, en las fases tempranas del tratamiento. La medicación suele ayudar mucho a las personas histéricas-límite. Otras dos personalidades que se asocian a la depresión son la paranoide y la sadomasoquista.

Se podría decir, en síntesis, que los cuadros de depresión atípica, con tendencia al suicidio, humor depresivo, anhedonia, sensibilidad al rechazo e impulsividad, se benefician tanto con los IMAO como con los ISRS. La depresión subjetiva se beneficia con tricíclicos, siempre que se tenga cuidado del incremento de la agresividad y el impulso suicida, o con los ISRS. Los sujetos depresivos hostiles y agresivos se benefician con bajas dosis de neurolépticos. El litio y la carbamacepina disminuyen la impulsividad y los cambios del estado de ánimo, en especial en aquellos pacientes que tienen concomitantemente un trastorno afectivo mayor. También son útiles en aquellos que cursan con hipomanía o un estado bipolar II, en los emocionalmente inestables y en los de estado de ánimo lábil.

En el control de la desregulación afectiva que se manifiesta por labilidad del estado de ánimo, sensibilidad al rechazo, ira inapropiada e intensa y crisis temperamentales, la ira y los componentes depresivos de estos síntomas parecen responder a los IMAO y a los ISRS, mientras que la inestabilidad responde a los anticonvulsivantes tales como la carbamacepina o el litio. Algunos autores sostienen la hipótesis de que la hipersensibilidad colinèrgica está ligada a algunas predisposiciones dimensionales de la personalidad, irritabilidad, labilidad emocional y estrategias pasivas de enfrentamiento al estrés.

24.2.6. Ansiedad

La ansiedad es una presentación clínica básica de los trastornos del Grupo C de los TT PP y en los pacientes del Grupo B, en especial el límite. Constituyen un rasgo crónico caracterizado por una diátesis para una ansiedad desadaptativa (históricamente denominada pan-ansiedad o ansiedad "de flotación libre"). La presentación puede ser aguda, reac-

tiva ante estímulos estresantes de claro origen interpersonal, muchas veces ligados a la percepción de rechazo o relacionados con el abandono. En otros pacientes, la ansiedad se presenta en forma crónica.

24.2.7. *Agresividad/violencia*

Es un rasgo de la personalidad relacionado muy frecuentemente con muchos trastornos de ésta, en especial los de mayor gravedad. Su presencia es un factor de análisis y preocupación a nivel clínico, institucional y social. Su etiología multivariada nos obliga a la realización de un profundo análisis diagnóstico para encarar su tratamiento. La intervención psicofarmacológica es una entre las muchas posibilidades que se deben considerar para el abordaje y el tratamiento de la violencia (Fava, 1997). Los principios de aplicación clínica para el tratamiento de la violencia serían los siguientes:

- Los sistemas biológicos que están en la base de los trastornos de violencia justifican el uso de psicofármacos.
- Siempre hay que tratar la enfermedad primaria.
- Cuando se inicia un tratamiento empírico, siempre iniciarlo con el fármaco más inocuo.
- Hay que usar medios clínicos para cuantificar la eficacia del fármaco: *a)* en medio penal: observar la frecuencia de infracciones a las reglas que controlan la violencia; *b)* en las salas psiquiátricas: observar la frecuencia de amenazas y las reacciones violentas; *c)* en lugares ambulatorios: observar la frecuencia e intensidad de las amenazas verbales o físicas hacia un familiar.
- Instituir sistemáticamente ensayos de fármacos: *a)* los períodos deben ser previamente planificados; *b)* el litio y la carbamacepina deben ser evaluados en la sangre.
- Los pacientes en los que no se encuentra una clara relación entre el trastorno de la personalidad y los episodios de violencia, se beneficiará con una secuencia empírica de drogas, benzodiacepinas-litio, propanolol-antipsicóticos o anticonvulsivos.
- Los estudios con animales sugieren que la vasopresina desempeña un papel facilitador de la conducta agresiva. En el cuadro 24.1 se puede ver una síntesis de los neurotransmisores y los indicadores biológicos en los TT PP.

24.3. Modelos teórico-prácticos para el tratamiento farmacológico de los TTPP

Los modelos teórico-prácticos para el tratamiento farmacológico de los TT PP ayudan a precisar las actitudes terapéuticas en el estado actual del desarrollo de la comprensión de las bases biológicas de la personalidad, de sus dimensiones, de sus características clínicas o de sus rasgos. Podemos describir cuatro tipos: 1) modelo de rasgos biológicos, 2) modelo subsindrómico, 3) modelo centrado en el diagnóstico y la comorbilidad y 4) modelo centrado en el síntoma. Links, por su parte, agrega dos modelos más (Links, Heslegrave y Villela, 1998): 5) modelo centrado en los resultados, y 6) modelo médico.

Cuadro 24.1. *Síntesis de neurotransmisores e indicadores biológicos en los TT PP.*

DSM-IV-TR	CIE-10
Sistema colinèrgico	
Acetilocolinesterasa	Síndrome depresivo
Desafío muscarínico	Síndrome depresivo
Colonomiméticos y sueño	Incremento de las anomalías del sueño REM
Desafío colinèrgico	Aumento de la respuesta humoral en pacientes afectivamente lábiles
Sistema noradrenérgico	
Respuesta a la hormona del crecimiento	Aumentada en pacientes irritables
NE plasmática	Posiblemente elevada
MHPG CSF	Posiblemente elevado
VMA urinario	Posiblemente elevado
Metabolitos y NE urinaria	Posiblemente elevados
Sistema serotoninérgico	
Metabolismo basai	Disminuido
5HT cerebral y receptores	Disminuida
Marcadores biológicos	
CSF 5- HIIAA	Disminuida
5HT plaquetaria; uniones; IMI y receptores 5HT2	Disminuidos
Desafío con fenfluramina	Disminución de la respuesta a la prolactina
Desafío con buspirona	Disminución de la respuesta a la prolactina
Desafío con m-CPP	Disminución de la respuesta a la prolactina
Opioides endógenos	
Beta-endorfina plasmática	Elevada

Soloff (1990, 1993) identifica cuatro áreas de descontrol en el TLP que pueden ser blanco de la farmacoterapia: la cognición, el afecto, el impulso y la ansiedad. Silk (1998) sugiere seguir estrategias de tratamiento basadas en dimensiones de la psicopatología, más que en diagnósticos específicos. Gidin (1993) delinea la psicofarmacología de la comorbilidad observada entre las patologías del Eje I y del Eje II del DSM IV.

A) Modelo de rasgos biológicos

El modelo de rasgos biológicos considera que los TT PP tienen temperamentos biológicos subyacentes (corresponde a lo que se ha desarrollado en el apartado 2). El tempera-

mentó se puede definir como la disposición conductual que está presente desde el nacimiento (Rutter, 1987). El temperamento está más directamente conectado con las vulnerabilidades y predisposiciones biológicas que con la experiencia medioambiental. El modelo biológico de rasgos considera que tienen un trastorno de la personalidad aquellos individuos que se ubican en los extremos de dimensiones definidas. Desde la neurobiología se puede definir un modelo de discontinuidad entre el trastorno de la personalidad y la normalidad.

La unión de los rasgos biológicos subyacentes a las conductas, afectos y cogniciones clínicas no es fácil. Por ejemplo, para Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) el concepto de inestabilidad afectiva está unido al de dependencia de la recompensa, que a su vez está vinculado genéticamente al sistema noradrenérgico; para otros autores está unido a la desinhibición del afecto, lo que tiene relación con el sistema serotoninérgico. Otro de los modelos biológicos es el de Siever *et al.* (1991), descrito en párrafos anteriores. Este modelo es promisorio, pero para su aplicación práctica se debe hacer una investigación adecuada.

B) Modelo subsindrómico

Este modelo (Akiskal, 1981) sugiere que los trastornos de la personalidad son variantes de los trastornos del Eje I y no entidades diagnósticas separadas. El TLP es considerado como un trastorno afectivo subsindrómico y se intenta hallar marcadores biológicos que permitan deducir la asociación entre los síndromes del Eje I y del Eje II. La investigación usando este modelo resultó poco eficaz.

C) Modelo centrado en el diagnóstico y la comorbilidad

Este modelo sugiere que el tratamiento farmacológico es impulsado por el diagnóstico específico del paciente. El diagnóstico puede ser un trastorno del Eje II o un diagnóstico de comorbilidad del Eje II con el Eje I. Este modelo es el que está más sujeto a la crítica, dados los problemas metodológicos que existen en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Cuando existe comorbilidad entre el Eje I y el II, se presentan situaciones muy confusas para el tratamiento, en especial cuando se investiga la respuesta al tratamiento farmacológico (Joffe, 1989; Joffe y Regan, 1989). Gitlin (1993) señala que cuando el trastorno comórbido se trata con medicación, se hace difícil determinar si la eficacia de la medicación se debe a uno o al otro trastorno.

D) Modelo centrado en el síntoma

Este modelo sugiere el blanco farmacológico basado en un síntoma específico. Es muy atractivo porque evita cualquier necesidad de análisis etiológico. La acción sobre los síntomas puede permitir resultados mensurables. Sin embargo, la medicación, cuando se

trata un TP, tiene importantes efectos en aspectos no específicos (p. ej., en los sujetos límite la acción neuroléptica no se reduce a tratar los síntomas de tipo psicótico, sino que también impacta en la ansiedad, en el aspecto obsesivo-compulsivo, en lo afectivo y en la conducta suicida. La fluoxetina se muestra eficaz en pacientes con un TLP, mejorando la depresión, la ansiedad, la paranoia, el psicoticismo, la sensibilidad interpersonal, las obsesiones, la hostilidad y el funcionamiento global.

Se considera que cada uno de los cuatro modelos tienen aspectos valiosos. El clínico puede desarrollar un manejo farmacológico racional de los TT PP basándose en esos enfoques y en la clasificación específica para los síntomas, que es, sin lugar a dudas, la mejor desarrollada. Soloff (2000) ha presentado recientemente algoritmos basados en la evidencia que aportan eficacia, seguridad y rapidez para la acción de los tratamientos particulares (véase más adelante).

El acercamiento específico al síntoma tiene el mérito de proporcionar un manejo farmacológico racional. El uso de medicación en los sujetos límite ha pasado de ser ocasional a esperada. Esto también puede llevar al uso de medicación sin una justificación científica plena.

Links (1996) sugiere que, mientras se están clarificando los sustratos neuroquímicos y neurobiológicos subyacentes a las dimensiones de los TT PP, la atención debe dirigirse a los resultados obtenidos en el manejo psicofarmacológico de los síntomas de estos trastornos. El centrar la atención en los resultados específicos podrá permitir a los psicofarmacólogos apuntar a intervenciones más eficaces, medir los efectos de forma más precisa y facilitar la comprensión de los mecanismos psicobiológicos de esos resultados.

E) Modelo centrado en los resultados

El uso racional de este modelo permite: delinear claramente el propósito que tienen los pacientes y el clínico en cuanto a la intervención psicofarmacológica; aceptar la idea de que hay evoluciones que son mensurables y que están relacionadas con las mejorías funcionales promueve la comprensión de los mecanismos biológicos subyacentes y el desarrollo de nuevos acercamientos farmacológicos.

El abordaje de conductas específicas proporciona resultados definidos y medibles, cuando no se comprenden los mecanismos neurobiológicos subyacentes, y demuestra que la eficacia puede permitir clarificar el mecanismo involucrado. Por ejemplo, se puede ver la adherencia a los tratamientos y las evoluciones específicas, en pacientes individuales, en conductas autolesivas y suicidas.

Conductas autolesivas

La conducta autolesiva, presente en muchos de los TT PP, es particularmente característica del trastorno límite y es sumamente resistente a los tratamientos. El Grupo B tiene dos veces más riesgo de suicidio. Los pacientes con conducta autolesiva pueden no

tener una conducta suicida asociada. La autolesión puede relacionarse con un estado de mejoría emocional, puede desembocar una respuesta analgésica y, en algunos casos, lleva a la activación sexual.

El trauma infantil (abuso y negligencia) puede estar asociado a la desregulación de las endorfinas. Este mecanismo se perpetúa por el refuerzo que los opioides realizan cuando se descargan durante la conducta lesiva. Así ocurre con la automutilación, las crisis de ingesta, los *flashbacks* y el abuso de sustancias psicoactivas. El uso de naltrexona estaría indicado en estos casos. Este medicamento resulta útil por la reducción drástica de la conducta autolesiva y del abuso de alcohol (típico en el 30% de los pacientes límite).

Conducta suicida repetida

Ofrece un campo específico para el ensayo farmacológico. Los pacientes límite presentan un alto riesgo para el suicidio. Montgomery y Montgomery (1982) lograron una significativa reducción en el número de actos suicidas con flupentixol, mantenida a los 6 meses de seguimiento. Shou en 1967 presentó la hipótesis de que el litio protege contra la conducta suicida. Un estudio similar fue llevado a cabo por Links en 1990 (Links *et al.,* 1990). Utilizando litio/desipramina hubo un gran grupo de pacientes que abandonaron, pero de los que se mantuvieron se encontró que los que tomaban litio (72%) mostraron una disminución de la ira y de los síntomas suicidas contra un 36,4% de los medicados con desipramina.

Los ISRS pueden prevenir la conducta suicida porque afectan a la regulación del sistema serotoninérgico y, por lo tanto, reducen la agresividad y la irritabilidad. Los cambios en la impulsividad y la ira son independientes de la acción de estos fármacos en la depresión.

Adhesión al tratamiento

Un aspecto importante para el modelo centrado en los resultados es la adherencia al tratamiento. Los pacientes con un TP tienen un alto índice de abandono de los tratamientos. Un 43% no completa los 6 meses (Links *et al.,* 1990; Gunderson *et al,* 1989). Los clínicos e investigadores empíricos reconocen que la adherencia al tratamiento está relacionada con la evolución o el resultado clínico. La eficacia de un tratamiento depende de la permanencia del paciente en el mismo. Dado que, en general, el tratamiento es multimodal (psicoterapia y psicofármacos), los resultados se ven afectados por la adherencia al régimen total de tratamiento. Por eso hay que controlar ambas, la colaboración con la medicación y con la psicoterapia.

Resultados específicos

Los pacientes dentro de una misma categoría diagnóstica pueden ser heterogéneos y caracterizarse por respuestas muy individualizadas a la medicación. Coccaro señaló que aun en diseños muy cuidadosos, los efectos terapéuticos de los agentes, en un mismo pa-

ciente, no se correlacionan entre sí. No obstante, en estudios concebidos cuidadosamente, hay una pequeña correlación entre los resultados del autoinforme y los del observador (Links *et al.,* 1990; Soloff *et al.,* 1986a, b).

Resultados funcionales y calidad de vida

Los futuros ensayos psicofarmacológicos en los pacientes con un TP deberán centrarse en los resultados funcionales. Ciertos diagnósticos se relacionan con un bajo nivel de funcionamiento. El estatus funcional varía marcadamente entre pacientes con TTPP y, dentro de diferentes contextos sociales, para un mismo paciente (p. ej., los sujetos límite parecen menos disfuncionales en el trabajo que en lo social, el placer y la moral familiar). El mantenimiento de su rol funcional puede ser muy útil en la decisión de tratamiento del paciente y para determinar sus síntomas clave. El tipo de funcionamiento global puede determinar el tratamiento que se le asigna y los resultados del mismo. La calidad de vida (CV) constituye una base sobre la que evaluar los resultados, lo que permite delinear la eficacia de una intervención psicofarmacológica. Evaluando la calidad de vida en los TTPP surge la posibilidad de nuevas pruebas y una mejor comprensión del papel de la psicofarmacología en el tratamiento de los TT PP, que se extiende más allá del control de síntomas. La calidad de vida es un concepto amplio que incorpora dimensiones tales como salud, empleo, familia, medio ambiente, relaciones sociales, metas y aspiraciones. La calidad de vida está en función de los síntomas, los efectos secundarios y la actuación psicosocial. Otros factores como el ajuste premórbido, los recursos, las redes sociales, las actitudes, la educación y las características de la personalidad, tienen un papel modulador en los pacientes. Si se va a realizar un tratamiento farmacológico a un TP, se necesita desarrollar medidas de la calidad de vida para investigar el impacto equilibrado de las intervenciones psiquiátricas, psicológicas y farmacológicas en ese paciente.

Conclusiones para el método centrado en los resultados

Se podrían sacar las siguientes conclusiones del método centrado en los resultados:

1. El intento para centrar la terapia farmacológica basándose en la proposición de modelos de dimensiones biológicas o síntomas no está bien establecido aún. Si bien la investigación en esta área debe sostenerse, requiere un acercamiento muy cuidadoso, realizado paso a paso.
2. Enfocar el tratamiento farmacológico en un diagnóstico específico del Eje II (categoría) no se sustenta empíricamente.
3. Los pacientes con un trastorno del Eje I con comorbilidad con el Eje II deberán ser de alta prioridad para el tratamiento psicofarmacológico. El trastorno comórbido del Eje II puede recibir la atención de la terapia en los pacientes que son conceptualmente o biológicamente reminiscentes de un trastorno del Eje I.

4. Centrar la atención en conductas particulares de los TT PP parece tener resultados racionales cuando es objeto de una intervención farmacológica, como se ha visto en los apartados de autolesión y de la conducta suicida repetitiva.
5. Las intervenciones farmacológicas pueden ser usadas para facilitar la disposición del paciente para otras terapias. En situaciones de crisis, la medicación puede ser utilizada para aplacar un amplio espectro de síntomas. En el uso a largo plazo, el intento de mejorar la adhesión a otras terapias a través del tratamiento psicofarmacológico puede ser considerado como un resultado importante. Facilitar la adhesión del paciente determina probablemente que esté más disponible para otras modalidades de terapia, lo que en última instancia tiene un significativo impacto en el resultado total del tratamiento.
6. Se estimulan los resultados logrados en pacientes específicos (N = 1). El diseño N = 1 es una estrategia útil para ser empleada con un paciente particular y constituye un camino eficaz para involucrar activamente al paciente con el procedimiento farmacológico.
7. La intervención farmacológica debe dirigirse a mejorar el funcionamiento del paciente. Un resultado importante del ensayo farmacológico es mejorar el funcionamiento en diversas áreas, incluyendo el trabajo, la familia y otros aspectos de los logros sociales. Se pueden utilizar indicadores de calidad de vida para medir la eficacia de la intervención farmacológica y para proporcionar una mejor investigación del balance entre la reducción de síntomas, los efectos colaterales y el funcionamiento en varias dimensiones de calidad de vida.

La disección psicofarmacológica

La investigación en farmacoterapia de la personalidad ha intentado definir la etiología a través de la "disección conductual farmacológica", definiendo subtipos de acuerdo con la respuesta a la medicación (Soloff *et al.,* 1986, 1989, 1993). Desafortunadamente, los efectos de la medicación son demasiado inespecíficos para permitir definir subtipos (el halopidol mejora síntomas cognitivos y afectivos y la "altamente selectiva" fluoxetina muestra efectos más amplios de los que, en teoría, sugiere). La mejoría a corto plazo de un TP no puede demostrar la eficacia de los tratamientos a largo plazo.

F) Tratamiento centrado en los síntomas: modelo médico

Si el médico es capaz de identificar los síntomas que están causando sufrimiento al paciente se puede ofrecer tratamiento, aun sin considerar el diagnóstico de trastorno de la personalidad. Hay medicación que puede tratar muchos síntomas y, en otros casos, múltiples medicamentos son necesarios para lograr el control óptimo de un síntoma. El concepto central de este pensamiento es que la mejoría global se logra a través del control de los síntomas, por medio del tratamiento medicamentoso de cada síntoma identificado. "La queja del paciente se traslada al diagnóstico de síntomas individuales, que son

la clave para el tratamiento, progresando éste de forma organizada y disciplinada" (Joseph, 1998).

Es necesario determinar de forma cuidadosa y sistemática la combinación individual de los síntomas presentes. Con el objetivo de elegir la medicación o la combinación de medicamentos adecuada, la tarea más importante es identificar todos los síntomas componentes del cuadro que el paciente está experimentando. Los problemas originados por la egosintonía de los TTPP obligan a requerir información de terceros para un adecuado reconocimiento de los síntomas disfuncionales. Suele haber una mejoría sutil en las primeras semanas del tratamiento psicofarmacológico, hecho que debe ponerse en conocimiento del paciente.

La técnica ideal de tratamiento de un TP es la combinación y el uso racional de la medicación y la psicoterapia, con sus diferentes formas, conductual, cognitiva, grupal y psicoanalítica. Los pacientes se benefician más con la intervención psicoterapéutica si sus síntomas han mejorado con la medicación.

Hay un aumento del interés en la identificación de los síntomas clave o síntomas señal o blanco de cada trastorno. Cuando en un trastorno de la personalidad se logra una respuesta a la medicación, se hace muy difícil diferenciar los elementos biológicos de esa patología de los caracteres dinámicos aprendidos (Soloff, 1991b, 1993).

24.4. Mecanismos de acción de las diferentes clases de psicofármacos

Comienzan a vislumbrarse áreas específicas donde tienen su acción los tratamientos psicofarmacológicos.

24.4.1. *Antidepresivos*

Como se ha visto anteriormente, la depresión, ya sea como trastorno comórbido, como depresión caracterológica o como labilidad afectiva, constituye un grupo de síntomas frecuentes y, a veces, intensamente asociado a los trastornos de la personalidad, en especial a los sujetos límite. La acción de los antidepresivos se da aparentemente con independencia del diagnóstico de comorbilidad con la depresión, un subtipo afectivo, una historia anterior familiar de trastorno afectivo o de un estado de ánimo depresivo habitual (Soloff, 2000). Dos tercios de los pacientes con trastornos límite presentan dos diagnósticos, y el 18% tres diagnósticos (entre los que se halla, de forma significativa, la depresión). Para algunos investigadores, la depresión comórbida en el trastorno límite y en los otros trastornos de la personalidad no tiene un carácter distintivo en cuanto a su sintomatología, mientras que para otros la sintomatología está muy diferenciada.

La medicación antidepresiva está indicada en los trastornos de la personalidad y, especialmente, en el trastorno límite cuando se reconoce que tiene una depresión de tipo endógeno (Zimmerman, Coryell y Black, 1989). Sin embargo, el diagnóstico de depresión mayor en los trastornos de la personalidad, no garantiza una evolución favorable con

el tratamiento con antidepresivos clásicos (Black, Bell y Hubert, 1988; Tyrer, Casey y Gall, 1983). Muchos no sólo no mejoran con antidepresivos, sino que empeoran, apareciendo pensamientos autorreferenciales, impulsos conductuales, volviéndose demandantes, destructivos y con amenazas y pensamientos suicidas, cuadro llamado "toxicidad conductual" (Soloff, 2000; Soloff *et al.,* 1986a, b). Cuando están presentes formas atípicas de depresión y cuadros semejantes a la disforia histeroide, se sugiere la medicación con IMAO, en especial cuando la alteración del estado de ánimo es reactiva, hay hipersomnia, hiperfagia, anergia e hiposensibilidad (Parsons, 1989; Soloff, 1991a).

Con el uso de fenelcina en dosis entre 15-25 mg/día, acompañada de intenso tratamiento psicoterapéutico, se observó una mejora en los pacientes que presentaban soledad, vacío, aburrimiento y, también, en las conductas impulsivas. Algunos autores consideran que la dosis debe ser de 45-90 mg. por día, dado que así se alcanza una inhibición de la MAO plaquetaria del 80%, mientras que otros autores consideran que la dosis de uso diario de tranilcipromina debe ser de 20 mg (Soloff 1991a).

Los factores que limitan el uso de los IMAO son el insomnio, la estimulación excesiva, la agitación, la fuga de ideas, la potenciación de trastornos medianos del pensamiento y los riesgos de trastornos clínicos serios cuando se asocian con diferentes tipos de catecolaminas (Soloff, 1991a). Hoy día contamos con los nuevos IMAO, con inhibición reversible de la MAO, que disminuye notoriamente los riesgos de un uso autoagresivo o de búsqueda del psicofármaco por parte de un individuo con trastornos de la personalidad. En nuestro medio ha aparecido la meclobemida, que ensayamos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Los nuevos antidepresivos han extendido su espectro de acciones, algunas aprobadas por la FDA y otras por la práctica clínica (Schatzberg, 2000).

Fluoxetina

La fluoxetina se ha mostrado de utilidad en síntomas límite como depresión, impulsividad, fenómenos obsesivo-compulsivos y bulimia. Las dosis usadas son superiores a los 40 mg diarios (Hull, 1993; Markovitz *et al*., 1981; Norden, 1989; Teicher, 1990). Con el uso de fluoxetina se informó de mejoría en depresión, ansiedad, paranoia, psicoticismo, sensibilidad interpersonal, obsesionalidad y hostilidad (Coccaro, Kavoussi y Hauger, 1997; Fava *et al.,* 1994; Gitlin, 1993). Estos cambios se producen al margen de la existencia de comorbilidad con un trastorno depresivo mayor, lo que sugiere que la mejoría se da independientemente del tratamiento de la depresión (Soloff 1993). Cuando existe comorbilidad con un trastorno depresivo mayor, ambos cuadros se benefician con el tratamiento con fluoxetina (Coccaro *et al.,* 1997; Fava *et al.,* 1994).

La administración de ISRS reduce los índices de hostilidad a través de una disminución general del afecto negativo, y no altera el afecto positivo (Knutson *et al*., 1998). Incrementa, asimismo, el índice de afiliación social. Estos cambios están relacionados con los niveles de ISRS plasmáticos (Coccaro *et al.,* 1997). La reducción de estos síntomas y rasgos incrementa el control y proporciona la oportunidad para reflexionar sobre la experiencia y las situaciones , más que reaccionar ante ellas.

Sertralina y citalopram

Se han mostrado de utilidad en el tratamiento de los TT PP que presentaron pacientes deprimidos, tratados en niveles de atención primaria. Después del tratamiento de la depresión con sertralina o citalopram, se notó una significativa reducción en la frecuencia de los diagnósticos paranoide, límite, evitativo y dependiente en la muestra.

Fluvoxamina

Deltito (1989) utiliza IMAO y fluvoxamina para el tratamiento de los rasgos de evitación social en el trastorno de la personalidad por evitación. Algunos estudios lo muestran como un fármaco de utilidad en el tratamiento de los TT PP o algunos rasgos de personalidad asociados a otros cuadros (Black *et al.,* 1996; Phillips y McElroy, 2000; Schatzberg, 2000).

Paroxetina

Un número reducido de sitios transportadores de 5HT en las plaquetas es considerado como indicador de historia de vida agresiva en pacientes con un TP. Los individuos con esta alteración mejoraron tratados con paroxetina (Knutson *et al.,* 1998).

Velafaxina

Algunos autores consideran que la velafaxina es eficaz en el tratamiento de los sujetos con un TLP, ya sea como tratamiento inicial o cuando la fluoxetina o la sertralina han fallado (Markovitz y Wagner, 1995).

Los neurolépticos

Los neurolépticos son útiles y eficaces en los TT PP, en especial en los síntomas agudos asociados con las psicosis y los trastornos afectivos. Hay un aumento en el número de estudios para el tratamiento crónico y el mantenimiento con neurolépticos, particularmente de algunos rasgos o dimensiones de los TTPP. No responderían los rasgos de falta de sociabilidad crónica.

El succinato de loxapina (13,5-14,5 mg/día) o la clorpromazina (105-120mg/día) mejoran el humor deprimido, la ansiedad, la hostilidad y la tendencia a la sospecha (Leone, 1982). Los pacientes mejoraron en síntomas afectivos como el estado de ánimo deprimido, la hostilidad y la ira, la ansiedad, las preocupaciones somáticas y los trastornos de atención. Pero también han sido eficaces en trastornos cognitivos como la sospecha y la confusión cognitiva (Soloff, 1991b, 1993).

Los estudios de doble ciego con trifluperazina, tiotixeno y haloperidol producen una significativa mejoría con respecto al placebo en ilusiones, ideas de referencia, pero también en rasgos y síntomas obsesivo-compulsivos y síntomas ansioso-fóbicos (Goldberg *et*

al., 1986; Soloff., 1993). Gunderson sostiene que los neurolépticos son eficaces a dosis promedio de 8,7 mg/día de tiotixeno y 7,2 mg/día de haloperidol. Las dosis bajas en el ingreso pueden ser eficaces usadas a largo plazo en las alteraciones cognitivas de tipo psicòtico (ilusiones e ideas de referencia) y pueden ser de mediana utilidad en la ansiedad fòbica, los síntomas obsesivo-compulsivos y las somatizaciones.

Como se ha visto, el uso de los neurolépticos es muy amplio en los trastornos de la personalidad, dado que a lo largo de los años se ha ido probando su eficacia. Los neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina y clozapina) pueden ser más eficaces que los fármacos antipsicóticos tradicionales en poblaciones violentas y agresivas, tales como sujetos con demencia, daño cerebral, retardo mental y trastornos de la personalidad (Fava, 1997; Schulz *et al.,* 1999). En general, los pacientes con una mayor gravedad son los que mostraron una respuesta más significativa al tratamiento con neurolépticos.

La duración del tratamiento debe ser, en general, breve, de 3 a 12 semanas (Gunderson, 1991; Stone, 1990a). Los efectos colaterales hallados son los ya conocidos para los neurolépticos (minimizados por las bajas dosis y los neurolépticos atípicos) y la posibilidad de abuso, sobredosis o interacción con alcohol o drogas. Responden también a los neurolépticos los síntomas psicóticos resistentes al tratamiento (por comorbilidad con trastornos del Eje I) (Frankenburg y Zanarini, 1993) y se han mostrado útiles en pacientes con conductas autodestructivas graves (risperidona y clozapina) (Chengappa, Baker y Sirri, 1995; Chengappa *et al.,* 1999: Khouzam y Donnelly, 1997). En pacientes irritables (límite y antisocial), la risperidona se ha mostrado de utilidad (Lerner *et al.,* 2000). Los pacientes con rasgos obsesivo-compulsivos que se asocian con tics o trastorno esquizotípico, responden adecuadamente cuando se les agrega bajas dosis de risperidona a la terapia con ISRS (McDougle *et al.,* 2000).

La clozapina ha sido usada por algunos autores en dosis de 15-100 mg por día, disminuyendo los síntomas de tipo psicòtico antes de tres semanas (Benedetti *et al.,* 1998). Se ha usado en conductas autodestructivas graves, en dosis medias (300 mg/día) (Chengappa *et al.,* 1999). Con el tratamiento con olanzapina, la hostilidad, la impulsividad, el psicoticismo, la depresión, la sensibilidad interpersonal y la ira fueron los síntomas que se redujeron de forma significativa (Schulz *et al,* 1999).

Nuestra experiencia, durante muchos años, se realizó con éxito con pimozida (Orap 24), en dosis muy bajas, comprobándose un doble efecto: el neuroléptico y el bloqueante càlcico, llamado efecto resocializante por la euforia que determina. Hoy día tenemos excelentes respuestas con la nueva generación de neurolépticos (en especial la risperido-

Cuadro 24.2. *Indicaciones para dosis bajas de neurolépticos (Soloff, 1993)*

1. Angustia, Hostilidad, beligerancia.
2. Pensamiento autorreferencial, ideación paranoide, sospechas.
3. Desrealización, despersonalización, ilusiones.
4. Ansiedad, agitación, somatización.
5. La totalidad de los síntomas si son graves (incluido el estado de ánimo depresivo).

na y la olanzapina). Nosotros usamos neurolépticos atípicos, en bajas dosis, en estados agudos y crónicos, en pacientes con un trastorno paranoide de la personalidad, en episodios micropsicóticos del trastorno límite, en las alteraciones cognitivas y en el aislamiento social de los trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico, en la agresividad-impulsividad asociadas con los ISRS en rasgos obsesivo-compulsivos y en las conductas de suicidio y automutilación (en el cuadro 24.2 se pueden ver algunas indicaciones para las dosis bajas de neurolépticos).

En resumen, podemos decir que los neurolépticos en dosis bajas están indicados en los síntomas cognitivos, afectivos y en la conducta impulsiva de los trastornos de la personalidad. Son los psicotrópos más estudiados en los TT PP.

La bibliografía y nuestra experiencia sostienen que bajas dosis de neurolépticos, en especial los atípicos, tienen éxito en el tratamiento agudo de la sintomatología global y, en especial, en el tratamiento de los síntomas esquizotípicos, psicoticismo, ira y hostilidad. En cuanto al papel de los neurolépticos en la continuidad y el mantenimiento del tratamiento, todavía no está establecido en los estudios controlados, aunque la práctica cotidiana nos permite afirmar, a través del tratamiento de pacientes durante períodos de más de 6 meses, que esos psicofármacos son eficaces y que, en muchos casos, una suspensión prematura o demasiado brusca determina un recrudecimiento sintomático. Se debe tener precaución con los síntomas disquinéticos secundarios.

24.4.2. *Ansiolíticos*

Se pueden usar en aquellos pacientes con trastornos de la personalidad que tienen un bajo umbral y una alta vulnerabilidad ante el estrés. El alprazolam tiene acción antiansiosa y antipánico y se consideraba que actuaría en los síntomas centrales del trastorno límite y de las alteraciones cognitivas y afectivas, como la ansiedad, la paranoia, la sospecha, la angustia y la irritabilidad. Sin embargo, con alprazolam se han registrado descompensaciones de tipo esquizotípico o descontrol conductual de tipo autodestructivo o agresivo (Soloff, 1991b, 1993). Su efecto es de tipo desinhibidor, similar al de otras benzodiacepinas, que dan reacciones paradójicas en muchos trastornos de la personalidad, descompensándolos, en especial con desajustes de impulsividad y rabia. La potenciación de la desinhibición y la tendencia al abuso determinan que, cada vez más, se reduzca la prescripción de benzodiacepinas en los trastornos de la personalidad.

El oxazepán sería la benzodiacepina más benigna. Se utilizaría en los casos de agresividad asociada a la ansiedad anticipatoria o a la rabia. El consumo puede realizarse de forma intermitente o prolongada. La dosis puede ser de hasta 120 mg/día. El clonacepán puede ser un tratamiento útil cuando se lo asocia en pacientes con un TP que sufren ansiedad, ira, impulsividad y estado de ánimo disfórico.

Betabloqueantes

Es útil el propanolol cuando la violencia está asociada a la ansiedad (100-300 mg/día).

24.4.3. Anticonvulsivantes

Su empleo se basa en hipótesis neuroconductuales. Los trastornos conductuales, cognitivos y afectivos están relacionados con alteraciones temporo-límbicas. La idea se basa en la similitud entre rasgos o conductas del síndrome límite y crisis parciales complejas de epilepsia y episodios periódicos de descontrol conductual. Se apoya también en los déficit de la personalidad que surgen en el contexto de diversos síndromes, como la disfunción cerebral mínima, los traumatismos craneoencefálicos, las encefalitis, las epilepsias temporales, etc. Ante los anticonvulsivantes responden los síntomas asociativos relacionados con anormalidades ideativas de tipo disociativo y episodios de descontrol conductual.

Carbamazepina

Se usa en pacientes con una larga historia de descontrol conductual. La dosis promedio es de 80-120
µgr/ml. Hay una notable mejoría en estos pacientes e inclusive el abandono del tratamiento es menor (7%) con respecto a los abandonos producidos con antidepresivos (64%) (Soloff, 1993). Se utilizan cuando los neurolépticos no son eficaces o producen un empeoramiento, en especial aquellos que presentan fenómenos de ti-

po crisis (difenilhidantoína o la carbamazepina (6-8 µg/ml).

Dilvaproex sódico
Kavoussi y Coccaro (1998) estudiaron pacientes límite junto a otros TTPP que exhibían conductas agresivo-impulsivas e irritabilidad. Estos sujetos fueron sometidos a tratamiento con dilvaproex sódico durante ocho semanas, mostrando al término del tratamiento una significativa mejoría de esas conductas. Nosotros estamos usando desde ha-

ce bastante tiempo el Valproato sódico con éxito.

Lamotrigide
La respuesta sustancial y sostenida (1 año) de un grupo de pacientes límite que presentaron una seria remisión de la sintomatología cuando fueron medicados con lamotrigide, indicaría la utilidad de este fármaco para el tratamiento de los TT PP, en especial

aquellos con componente de labilidad afectiva o hipomanía (Pinto y Akiskal, 1998).

Psicoestimulantes
Apoyándose en la teoría neuroconductual de los trastornos de la personalidad y, en especial, del TLP, se usan los psicoestimulantes en aquellos cuadros de déficit atencional o de trastornos del aprendizaje. Se deben manejar con sumo cuidado por los posibles problemas de abuso. El metilfedinato se usa en pacientes con antecedentes de hiperquinesis y de déficit atencional (20 mg, 3 veces al día).

Litio

Es útil en cuadros caracterizados por ser emocionalmente inestables, cercanos al límite. En adolescentes con inestabilidad y cambios en el estado de ánimo de corta duración, no dependientes de situaciones medioambientales, el litio produce estabilización del estado de ánimo y hace disminuir la angustia y la conducta agresiva. Es útil también en los que manifiestan violencia por labilidad afectiva o en los violentos en forma inexplicable (Sheard, Marini y Bridges, 1976; Tupin, Smith y Clanon, 1973). Un grupo de sujetos límite que evolucionaba hacia el trastorno bipolar se benefició con el litio (Stone, 1990b).

24.4.4. *Nuevas directrices: los antagonistas opioides*

Dos complejos sintomáticos profundamente relacionados con el trastorno límite han llevado al estudio del sistema opioide endógeno: 1) quejas crónicas de anhedonia, aburrimiento y vacío que mejoran con el abuso de sustancias o con las autolesiones; 2) el síndrome de conducta de autolesión al que se asocian analgesia tópica, disociación y mejoría de la tensión. Ambos tienen altos niveles de péptidos opioides (Soloff, 1993). Autores como Bonnet y Redford (1982) dan L-dopa + carbidopa para incrementar los niveles de

Cuadro 24.3. *Riesgos especiales de la farmacoterapia de los trastornos de la personalidad (adaptada de Soloff, 1993).*

I. BAJA DOSIS DE NEUROLÉPTICOS Síntomàs extrapiramidales, especialmente distonía, acatisia, que llevan a la falta de aceptación del tratamiento.
II. IMAO La dieta para la MAO puede ser problemática, especialmente si se asocia con drogas de venta callejera o venta libre.
III. CARBAMAZEPINA Sedación, ataxia, náusea, visión borrosa son factores limitantes para su uso. Riesgo de depresión de la médula roja ósea (esto requiere recuento semanal de la serie roja y de las plaquetas). Puede precipitar depresión melancólica.
IV. LITIO Se requiere una muestra sanguínea semanal, hasta que se estabiliza; luego, mensual. Temblor, poliuria, polidipsia, irritación gástrica muy molesta.
V. TRANQUILIZANTES MENORES Abuso, adicción, alta potencialidad de sobredosis. Puede producir desinhibición suicida o conductas autodestructivas, agresividad.

dopamina, que es el neurotransmisor regulador inhibitorio tónico de la |3-endorfina pituitaria. Coid, Allolio y Rees (1983) encontraron altos niveles de meta-encefalina en pacientes límite con conductas habituales de automutilación. Se ha usado naltrexona, 50 mg, para pacientes con disforia histeroide, impulsividad y descontrol de impulsos.

El uso de psicofármacos en los trastornos de la personalidad debe realizarse con cuidado (véanse en el cuadro 24.3 algunos riesgos especiales) debido a:

1. La tendencia al abuso: los pacientes los usan para calmar un sufrimiento emocional, en busca de euforia, para automedicarse en un estado depresivo, para aumentar la desinhibición, en la búsqueda de experiencias nuevas o para llamar la atención.
2. La tendencia a la manipulación del terapeuta a través de las formas de uso, abuso o complacencia con la dosis terapéutica aconsejada.
3. Los gestos aparentes o manifiestos de suicidio con la medicación indicada.

El terapeuta debe aumentar los niveles de control y vigilancia del paciente por medio del análisis en sangre del fármaco prescrito, estableciendo un sólido contrato terapéutico, dando las indicaciones del tratamiento con precisión y firmeza y haciendo la revisión frecuente de la sintomatología tóxica o de la automedicación.

Se deben esperar entre 7-10 días para someter a un paciente con trastorno de la personalidad al tratamiento psicofarmacológico, ya que muchos síntomas ligados al estrés desaparecen, sin medicación, en ese período de tiempo (Soloff, 1993). En la observación del paciente interno con un trastorno de la personalidad hay que observar con rapidez si la depresión asociada que padece es reactiva o autónoma, si es lábil o persistente (Soloff, 1993). En general, según este autor, se impone primero tratar los trastornos del Eje I. Si al trastorno de la personalidad se asocian, secundariamente, abuso de alcohol, drogas, bulimia o ataques de ansiedad, debe tratarse el cuadro de origen, el trastorno de la personalidad. Estas conductas terapéuticas posibilitan conocer y considerar qué tipos específicos de constelaciones de síntomas, que responden al tratamiento psicofarmacológico, no son específicos de un solo trastorno. Por ejemplo, la depresión puede estar presente en el trastorno límite, en el histriónico, en el evitativo, en el narcisista o en el dependiente. Uno de los principios generales para la elección de un tratamiento psicofarmacológico para los TT PP es que la caracterización de los mismos y la utilización de los síntomas clave como blanco de la acción terapéutica posibilitan una mayor concordancia entre terapeutas, lo que permite que se los relacione más fácilmente con una respuesta terapéutica determinada. La orientación psicofarmacológica se dirige a los síntomas clave, basándose en un sentido de la descripción clínico-empírica (Soloff, 1993). Según Joseph (1998), el advenimiento de una variedad de nuevos agentes psicofarmacológicos y el uso juicioso de la combinación de la medicación permite el tratamiento de los trastornos de la personalidad con diferentes niveles de éxito.

24.4.5. *La polifarmacia*

En muchos casos, los trastornos de la personalidad requieren para su tratamiento de la asociación de psicofármacos. Frente a la "polifarmacia", o combinación de tratamientos, hay, en general, prejuicios basados en los conceptos de un uso racional de la terapéutica. Existen, sin embargo, combinaciones psicofarmacológicas racionales: antidepresivos y antipsicóticos, en las depresiones delirantes; antidepresivos y litio, en los trastornos bipolares y en las formas monopolares fásicas; antidepresivos y ansiolíticos, en la agorafobia. La polifarmacia lleva consigo una connotación negativa. Mientras esta connotación negativa indica demasiados fármacos, la definición más correcta sostiene una connotación positiva en cuanto a la cantidad de fármacos necesarios, cada uno para un síntoma clave, evaluado individualmente en cuanto a eficacia y efectos secundarios, ajustado de forma óptima y eliminándolo cuando no es necesario. Se puede hacer una polifarmacia racional, en especial con la llegada de fármacos muy específicos y muy seguros (Joseph, 1998).

24.4.6. *Otro tema de interés: la aceptación de los tratamientos*

Hay un 50% de probabilidades de que un paciente con trastornos de la personalidad no cumpla una indicación terapéutica. Este porcentaje se reduce cuando el paciente comprende la indicación, conoce los motivos de la elección, los efectos secundarios y se ejerce un control de las dosis indicadas. Hay que negociar un acuerdo o contrato terapéutico, en primer lugar, con el paciente, pero muchas veces es necesario llevarlo a cabo con su familia. La selección de un fármaco de un grupo determinado se realiza muchas veces en función de sus efectos secundarios, más que por las diferencias en la acción terapéutica, ya que dichos efectos constituyen una de las causas más frecuentes de abandono del tratamiento. Esto se puede ver, por ejemplo, cuando se hace necesario elegir antidepresivos sedantes y no sedantes. Siempre deben ser tenidos en cuenta los resultados obtenidos en los tratamientos previos. Se hace muchas veces necesario realizar un ensayo terapéutico de un grupo farmacológico o de un fármaco específico. Es coherente tener una actitud empírica y flexible y no únicamente una expectativa de logro de respuestas basándose sólo en un marco exclusivamente racional. Puede ser necesario más de un ensayo antes de establecer el régimen terapéutico.

En muchos casos debe realizarse una combinación de tratamientos, a pesar de algunas tendencias teóricas; la fuerza de la realidad impone, cada vez más en estos cuadros, el uso de tratamientos combinados. Esto sucede porque muchas veces la suma de tratamientos tiene efecto sinèrgico. Han aparecido nuevas formas de psicoterapia y, junto a las demás formas de terapias, se han vuelto más específicas en su acción.

Es muy importante tener en cuenta que muchos de los pacientes que tienen un trastorno de la personalidad son, a menudo, desconfiados y poco colaboradores a la hora de tomar la medicación prescrita. A veces siguen fielmente el tratamiento durante mucho tiempo y, de repente, se vuelven reacios al mismo cuando más lo necesitan.

Soloff (1993) señala que no se pueden tener todavía criterios claros que permitan predecir qué trastornos de la personalidad responden a los neurolépticos, cuáles a los antidepresivos, quiénes no deben ser medicados, ni qué síntoma clave es el más favorecido por el tratamiento.

24.5. Algoritmos desarrollados por Soloff

Los algoritmos de Soloff (2000) constituyen uno de los más serios aportes realizados en los últimos años destinados a establecer los pasos necesarios para el tratamiento de las características clínicas que están en la base de muchos de los TTPP. En las figuras 24.1, 24.2 y 24.3 se pueden ver estos algoritmos. La figura 24.1 se refiere a los pasos necesarios que hay que dar para ir resolviendo las dificultades que se pueden presentar en el tratamiento de los aspectos cognitivos de los TT PP. Las figuras 24.2 y 24.3 tienen el mismo objetivo, la solución de dificultades, pero referidas, respectivamente, a los aspectos impulsivos y de labilidad afectiva.

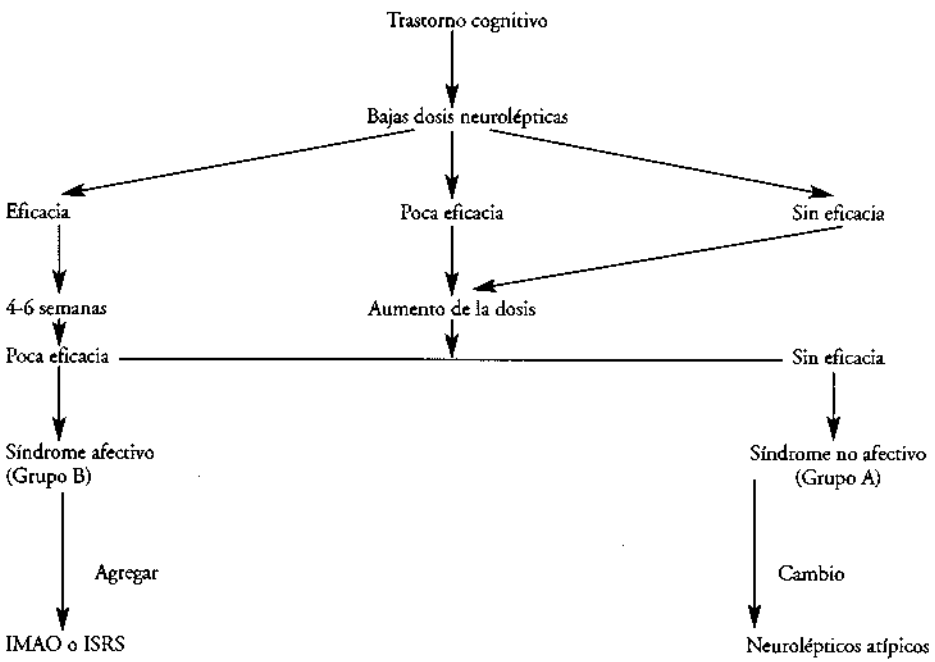


Figura 24.1. Algoritmo para el tratamiento de los trastornos cognitivos de los TTPP.

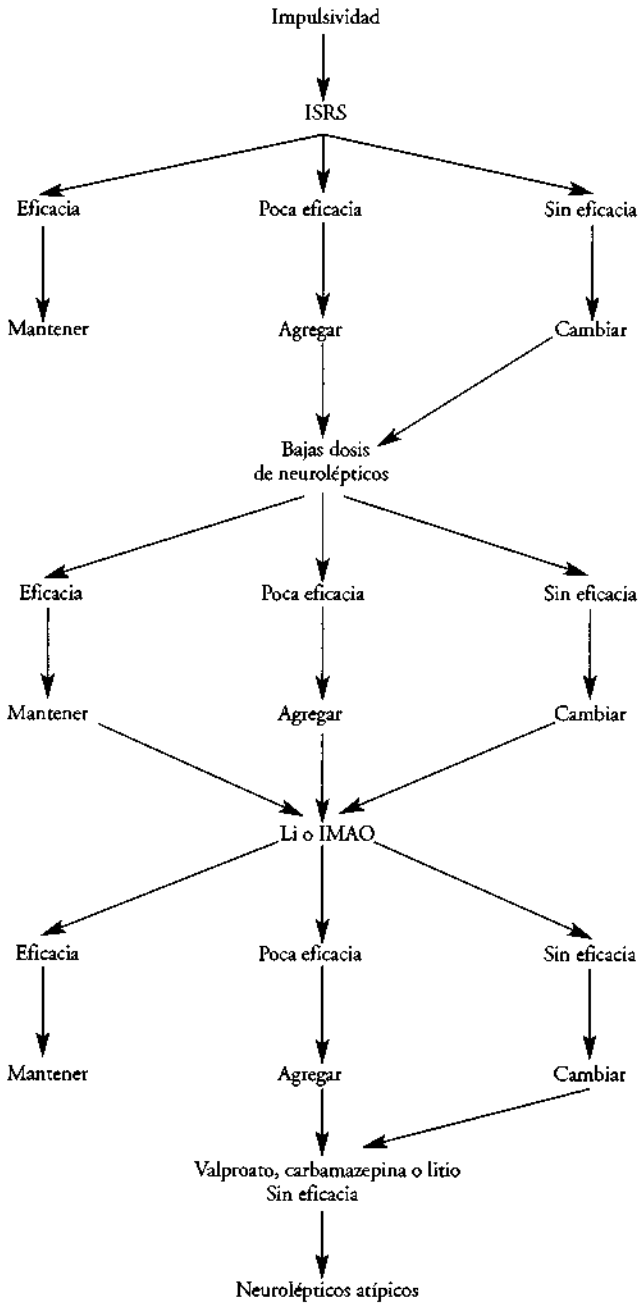


Figura 24.2. Algoritmo para el tratamiento de la impulsividad en los TTPP.

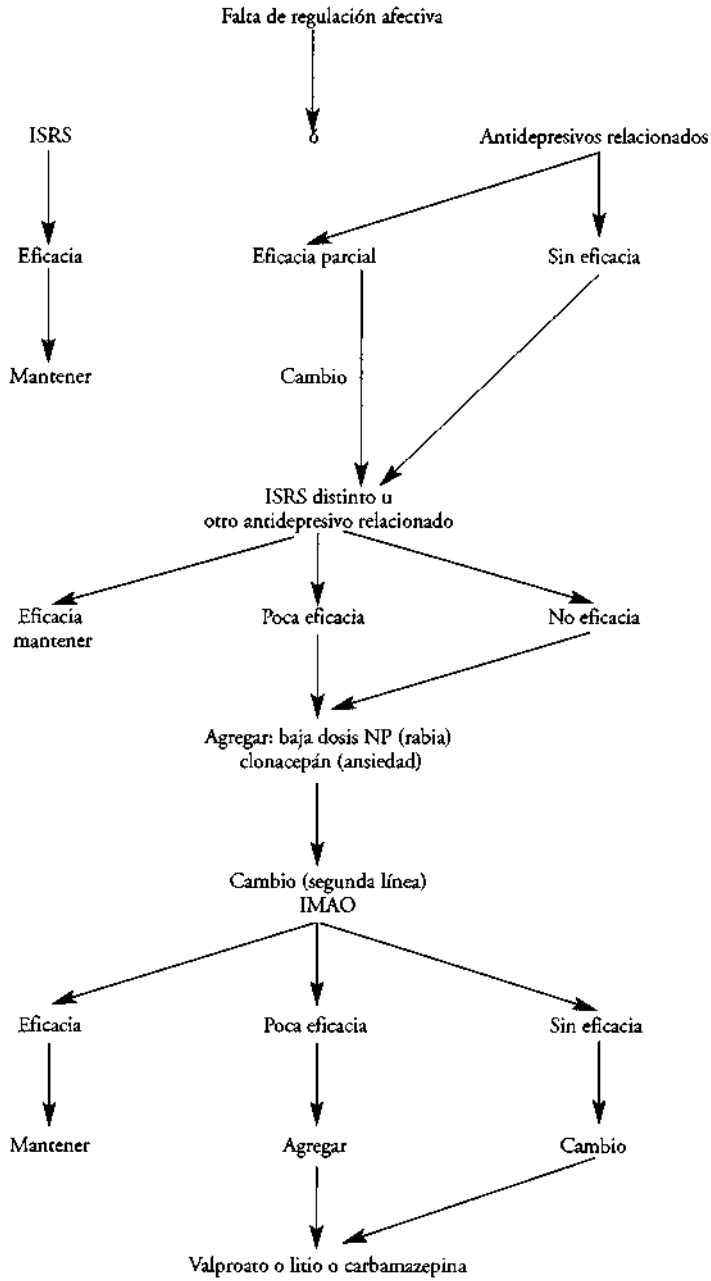


Figura 24.3. Algoritmo para el tratamiento de la falta de regulación afectiva en los TTPP.

24.6. Conclusiones

Hay aumentado el número de psiquiatras que se interesan en prescribir psicofármacos en los TT PP cuando toman en consideración las siguientes situaciones:

1. En presentaciones sintomáticas más que diagnósticas.
2. Dado que los tratamientos se han vuelto más específicos, por la tendencia a identificar predictores de buena respuesta a los tratamientos.
3. Porque hay fármacos más específicos para el tratamiento de los síntomas clave o señal de un cuadro.
4. Porque los síntomas clave o señal muchas veces reflejan las respuestas de los trastornos de la personalidad a los estímulos estresantes de la vida.
5. Existe una aceptación cada vez mayor de la presencia de comorbilidad (Soloff, 1993; Stein, 1992).
6. La relación clínica de los trastornos de la personalidad, en especial el límite, el esquizoide y el esquizotípico, con los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos epilépticos, el déficit de atención, los déficit psicosociales en la niñez temprana. Estas asociaciones son muy frecuentes y se dan de forma muy similar a como se relacionan otros estados patológicos entre sí.
7. Se están realizado estudios rigurosos de validación diagnóstica de los trastornos de la personalidad y diseños doble ciego y de control-placebo.
8. En el caso de los pacientes límite, éstos tienen una vulnerabilidad temperamental (biológica) a las alteraciones afectivas y a las conductas impulsivas (Korzekwa, 1993a, b; Soloff, 1993). En esos pacientes, la vulnerabilidad para la presentación de los rasgos surge de una patología de los neurotransmisores, lo que legitima que sean el blanco del tratamiento farmacológico.
9. La conducta interpersonal, que no es un síntoma meta para la indicación psicofarmacológica, puede cambiar cuando la gravedad de los otros síntomas disminuye con este tipo de tratamiento (Van Reekum, 1993).

Pero, como contrapartida a las buenas perspectivas terapéuticas, debemos considerar que:

1. Los especialistas más experimentados pueden confundirse o no lograr diferenciar entre los síntomas y las quejas de los pacientes con trastornos de la personalidad.
2. El uso no específico de medicación puede no sólo no remediar, sino agravar algunos síntomas.
3. Todavía existen pocos trabajos comparativos que posibiliten la determinación del valor significativo de los diferentes tratamientos.
4. Aún se debe confiar en el buen juicio del terapeuta para elegir un tratamiento apropiado para cada paciente.
5. Raramente el tratamiento farmacológico es el único tratamiento indicado.
6. La suma de métodos terapéuticos potencia el resultado.
7. La alta prevalencia, morbilidad y mortalidad hace necesaria la búsqueda de tratamientos más eficaces (Soloff, 1993).

En síntesis, la farmacoterapia de los TT PP puede:

1. Prevenir la expresión de conductas violentas y autodestructivas, la hospitalización y las deficiencias sociales graves.
2. Tratar aspectos de la enfermedad refractarios a la psicoterapia, es decir, "facilitar" la misma.
3. Favorecer la asociación o combinación de medicación y psicoterapia (por ejemplo, en los sujetos límite), que se muestra más eficaz y mejora el funcionamiento general.
4. La psicoterapia está más indicada en problemas de relaciones interpersonales, actitudes disfuncionales o patologías de la conducta (automutilación y fobias).
5. La farmacoterapia está indicada en síntomas afectivos, cognitivos, impulsivo-conductuales o ansiosos, que responden a fármacos en ensayos empíricos. Irónicamente, hay más ensayos empíricos del tratamiento farmacológico que de los tratamientos psicoterapéuticos de los trastornos de la personalidad.
6. Es necesaria una mayor investigación acerca de la sinergia de los tratamientos. Los estudios sobre tratamiento psicofarmacológico están limitados por los tiempos del diseño, por el uso en período agudo y porque hay muy poco mantenimiento del tratamiento en el tiempo, excepto en trabajos como el de conductas parasuicidas (Montgomery, 1987) y ISRS y automutilación y fluoxetina en el Grupo B (Markovitz, 1991).
7. En general, en los ensayos los pacientes parecen no seguir el tratamiento y ser intolerantes con los efectos secundarios.
8. La experiencia clínica sugiere que el mantenimiento del tratamiento para dimensiones selectas puede facilitar cambios significativos en el tiempo (p. ej., litio y anticonvulsivantes contra la agresividad impulsiva o bajas dosis de neurolépticos contra la percepción paranoide de la esquizotipia).

24.7. Directrices futuras

Las demandas de tratamiento has sido "remodeladas" por las agencias de cuidado médico. Se favorecen las técnicas de tratamiento cortas y altamente específicas. Siever ha propuesto el uso de validadores externos en las muestras de pacientes para el estudio de la respuesta a los tratamientos. Los validadores deberían estar asociados con trastornos específicos. En el nivel dimensional, los pacientes seleccionados por esas características comparten una vulnerabilidad biológica común y pueden responder a clases específicas de medicamentos. Se pueden usar pruebas neurofisiológicas para la selección de los pacientes. Los tests de desafío farmacológico se pueden utilizar para identificar las anomalías de la respuesta neuroendocrina ligadas a patologías específicas de los neurotransmisores. Las pruebas neuroquímicas, por la investigación de los metabolitos en plasma u orina, pueden agrupar a los pacientes en subtipos proclives a determinados fármacos. El futuro de la psicofarmacología está relacionado no sólo con la teoría sino también con la tecnología: neuroimágenes, IRM y PET, con la visualización del funcionamiento de los neurotransmisores así como con la evaluación de los problemas psicológicos.

25

Cambios paralelos en psicoterapia para el terapeuta y el paciente con un trastorno de la personalidad

Arthur Freeman*, Michelle Saxen Hunt* y Lisa Yacono Freemano**
* ***Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Pensilvania (Estados Unidos)***
** ***Johns Hopkins University School of Medicine, Pensilvania (Estados Unidos)***

El encuentro de dos personalidades es como
el contacto de dos sustancias químicas:
si hay una reacción, ambas se transforman.
C. G. Jung (1921)

25.1. Introducción

La práctica de la psicoterapia implica una relación, una interacción, un compartir experiencial y un intercambio intelectual y emocional entre dos o más personas. Tanto si el objetivo de la terapia es la introspección y la resolución del conflicto como si es un cambio más directamente conductual, no se puede ignorar el ingrediente esencial de la influencia bidireccional de un individuo sobre el otro (Bandura, 1977a). Con la iniciación de cada interacción con un nuevo paciente, el terapeuta tiene que construir una relación y una alianza de colaboración desde la base. Es decir, el terapeuta tiene que identificar las necesidades del paciente, discernir los mejores caminos para el mismo y luego emplear estos caminos para establecer y mantener la relación terapéutica (Bordin, 2000). Es imposible que el profesional comience la relación terapéutica "por el medio", es decir, suponer que hay normas y estilos de relacionarse implícitos, universales, que tanto el terapeuta como el paciente ya conocen y practican. O más aún que, basándose en sus respectivas experiencias pasadas, dichas normas guíen a cada uno de ellos en esta nueva relación. Así, el terapeuta no debería esperar a que el paciente fuese capaz de generalizar conductas adaptativas de relación manifestadas en terapias o relaciones previas a la pre-

Capítulo traducido por V. E. Caballo.

sente relación terapéutica. De hecho, lo que se aporta de las relaciones sociales o de las terapias pasadas puede, en algunos casos, obstaculizar la terapia si el paciente trae a esta interacción una actitud negativa y destructiva aprendida en las relaciones previas.

Los trastornos de la personalidad, por definición, implican patrones desadaptativos de conducta interpersonal que pueden interferir con el establecimiento de relaciones funcionales (APA, 2000). Estos comportamientos desadaptativos se basan en suposiciones y creencias, o esquemas, sobre el mundo en general y las relaciones sociales en particular (APA, 2000; Beck y Freeman, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990). Por ejemplo, una persona con un trastorno límite de la personalidad, que ha dejado un mensaje en el teléfono de un amigo, ante la falta de retorno de la llamada puede reaccionar en un tiempo relativamente corto con ira y abatimiento, ya que este individuo cree que la falta de una respuesta rápida significa, seguramente, que el amigo le está rechazando o que un amigo "verdadero" respondería más rápidamente. El individuo podría dejar luego un segundo mensaje airado, al que el amigo podría responder con un rechazo o una evitación verdadera. De este modo, las conductas de los individuos con un trastorno de la personalidad son, a menudo, ineficaces para alcanzar sus objetivos y frecuentemente suelen provocar respuestas negativas en los demás.

Las formas habituales con las que un individuo con un trastorno de la personalidad se relaciona con los demás en distintos contextos sociales pueden representar un obstáculo importante en el contexto de la terapia. Será muy difícil, tal vez imposible, el establecimiento de una relación terapéutica eficaz, si no se reconocen y son abordados pronto los retos especiales del trastorno de la personalidad, tanto por el terapeuta como por el paciente. En este capítulo se hablará primero de los trastornos de la personalidad, con el fin de proporcionar una base adecuada para la discusión posterior. Luego, se explorará la naturaleza bidireccional de la relación terapéutica en términos de transferencia y contratransferencia, en tanto en cuanto las experiencias y las expectativas previas del paciente y del terapeuta afectan a sus percepciones mutuas y a sus reacciones ante los acontecimientos de la terapia. En particular, se definirán tres niveles de transferencia y contratransferencia, que tendrán diferentes implicaciones para el proceso de la terapia. Siguiendo este planteamiento, se identificarán 20 retos en la relación terapéutica con un paciente que tiene un trastorno de la personalidad. Se hablará de lo que necesitan hacer tanto el terapeuta como el paciente, con el fin de superar con éxito cada reto. Y por último se utilizarán ejemplos de casos para ilustrar este proceso en la terapia.

25.2. Los trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad se define como un "un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto, es general e inflexible, es estable y de larga duración y provoca malestar o deterioro" (APA, 2000, p. 685). Los pacientes con un trastorno de la personalidad como parte de su cuadro clínico pueden encontrarse entre los más difíciles de toda la experiencia del terapeuta, precisamente porque sus patrones desadaptativos de pensamiento y de conducta son crónicos y están enraizados y, por tanto, desafiantes o resistentes al cambio. Además, debido a que su comportamiento puede no coincidir con las expectativas del terapeuta so-

bre la conducta y la respuesta al tratamiento del paciente típico, estos pacientes a menudo provocan reacciones emocionales negativas de los terapeutas, al igual que hacen con sus familiares, compañeros de trabajo y otras personas con las que interactúan. No es ninguna sorpresa que a menudo los terapeutas consideren a estos pacientes como sujetos especialmente difíciles (Merbaum y Butcher, 1982; Rosenbaum, Horowitz y Wilner, 1986).

Debido a que los problemas que manifiestan los pacientes con un trastorno de la personalidad son habitualmente crónicos y egosintónicos, los mismos pacientes están a menudo frustrados con las respuestas de los demás y son incapaces de ver cómo surgen las circunstancias presentes. Frecuentemente considerarán que el lugar de las dificultades con las que se encuentran al tratar con otras personas o tareas es externo e independiente de su comportamiento, por lo que se verán a sí mismos como víctimas de sistemas injustos, prejuiciosos y hostiles. Mientras crean que los problemas no son provocados por ellos, evitarán la psicoterapia. Si les obligan a asistir a terapia por presión familiar o determinación legal, pueden participar en ella de una manera superficial o fría. Cuando acuden a terapia de forma voluntaria, a menudo es para ser tratados por problemas del Eje I, como ansiedad o depresión, en vez de deberse a cuestiones relativas al trastorno de la personalidad. Una vez que están en la terapia, los síntomas del trastorno de la personalidad pueden hacer difícil que estos individuos se beneficien de la misma. Por ejemplo, un individuo con un trastorno narcisista de la personalidad puede tener un sentido tan grande de "estar en su derecho" que no es capaz de ver cómo su conducta grosera, despreciativa, le lleva a que sus compañeros de la oficina le eviten. O bien cuando un individuo con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad está tan preocupado por describir los detalles de sus experiencias desde la última sesión que suele "fijarse en los árboles, que no le dejan ver el bosque" en la sesión de terapia. Incluso cuando estos individuos tienen la motivación para cambiar, a menudo están limitados, porque frecuentemente son demasiado deficientes en sus habilidades para realizar los cambios de la vida que ellos pueden desear o que los otros esperan de ellos. Con estos pacientes, generalmente se necesitará trabajar más en la terapia, ésta durará más tiempo y se requerirá más energía por parte del terapeuta que con los otros pacientes. Todo este gasto puede producirse sin que tenga lugar la misma tasa de cambio y satisfacción para el terapeuta y para el paciente. Considerados en conjunto, todos estos factores hacen que sea un verdadero reto poder formar una colaboración eficaz de trabajo entre el paciente con un trastorno de la personalidad y el terapeuta. Se consigue una alianza de colaboración con éxito cuando se alcanza un acuerdo sobre los objetivos y las tareas de la terapia así como sobre el vínculo con el terapeuta (Bordin, 2000).

25.3. Obstáculos y paralelismos en la relación terapéutica: transferencia y contratransferencia

La relación terapéutica y la alianza de colaboración, por sí mismas, no son las razones de la terapia que tienen un efecto beneficioso para el individuo. Constituyen más bien el vehículo y el contexto que aumentan la probabilidad de que el paciente comprenda y re-

estructure su información y su experiencia, generando motivación y recibiendo apoyo por los cambios en los sentimientos, las acciones o las emociones; y consiguiendo el alivio de los síntomas. Se ha encontrado de forma evidente que una alianza de colaboración sólida y positiva constituye un potente predictor de un resultado terapéutico satisfactorio (Horvath y Symonds, 1991). De este modo, sin una buena alianza terapéutica, el trabajo de la terapia se hace mucho más difícil, si no imposible.

Como se ha señalado anteriormente, es poco sensato abrigar, por ambas partes en la relación de ayuda, ideas preconcebidas, inflexibles, sobre cómo *debería* funcionar una nueva alianza. La razón es que la dinámica entre un determinado terapeuta y un paciente concreto es un aspecto desconocido antes de que empiece la relación y evolucione conforme se desarrolla la terapia. Sin embargo, a pesar de los más arduos esfuerzos para prevenir experiencias pasadas y modos habituales de pensar que obstaculizan la propia objetividad y neutralidad, la naturaleza de la relación terapéutica se ve a menudo afectada de forma importante por lo que los terapeutas psicoanalíticos y psicodinámicos han denominado como transferencia y contratransferencia.

La transferencia implica las atribuciones del paciente con respecto al terapeuta en una serie de pensamientos, acciones y emociones. Estas atribuciones están basadas en suposiciones y creencias preexistentes, conocidas como esquemas, que se adquieren de forma precoz en la vida a partir de las personas que cuidan del sujeto y de otras personas importantes de su entorno. Esos esquemas influirán en cómo el individuo siente, piensa y reacciona. Los esquemas relativos a las relaciones, la confianza, el cuidado, la dependencia, la aprobación y la esperanza servirán para sesgar la reacción del individuo ante la relación e interacción terapéutica. El término "contratransferencia" implica las respuestas del terapeuta ante la transferencia del paciente. La contratransferencia está sesgada de igual manera por los esquemas del terapeuta (Singer, Sincoff y Kolligian, 1989).

Aunque los términos transferencia y contratransferencia tienen sus raíces en la teoría psicoanalítica, estas reacciones pueden entenderse a menudo en términos de expectativas y suposiciones proximales. La transferencia y la contratransferencia pueden describirse en términos de tres niveles de intensidad y potencia, denominados respuesta, estructura y neurosis. La *respuesta* de transferencia y contratransferencia es una fugaz reacción por parte del paciente o por parte del terapeuta. Por ejemplo, un paciente podría estar fugazmente molesto por la aparente (o real) falta de empatia o comprensión por parte del terapeuta con respecto a su experiencia situacional o emocional. De igual manera, el terapeuta podría estar molesto fugazmente por algo que el paciente ha dicho o hecho (p. ej., la necesidad de volver a marcar una cita). Estas respuestas son breves y transitorias y no influyen necesariamente en el trabajo terapéutico. Pueden tener (o no) algún valor para la terapia y pueden (o no) necesitar que sean exploradas.

La *estructura* de la transferencia y la contratransferencia es una reacción más común o frecuente por parte del paciente o del terapeuta. Por ejemplo, un terapeuta, mirando el libro de citas y viendo que un determinado paciente está citado para hoy, puede tener una respuesta emocional negativa porque las sesiones con este paciente habitualmente son difíciles y desgastantes. De modo alternativo, el terapeuta pudiera tener una reacción positiva, como, p. ej., "Qué paciente tan agradable. Hace sus tareas para casa, llega puntual, uti-

liza bien el tiempo de la sesión y progresa adecuadamente". De igual manera, el paciente puede pensar que el terapeuta es inteligente, sensible, bien entrenado y en sintonía con sus problemas. La estructura puede influir positiva o negativamente en el trabajo terapéutico.

La *neurosis* de la transferencia y la contratransferencia es una reacción sistemática por parte del paciente o del terapeuta que influye ampliamente sobre la terapia de formas negativas o destructivas. Su expresión podría tener importantes consecuencias terapéuticas, éticas o legales. Por ejemplo, un terapeuta que se "enamora" de una paciente y luego utiliza la relación para justificar actuaciones físicas o sexuales, estaría manifestando una neurosis de contratransferencia. El paciente que se resiste al cambio como una forma de frustrar al terapeuta o el proceso de la terapia podría, igualmente, estar manifestando una neurosis de transferencia.

25.4. La relación terapéutica en el tratamiento del paciente con un trastorno de la personalidad

La relación terapéutica será uno de los ingredientes clave en el tratamiento del paciente con un trastorno de la personalidad y constituirá un microcosmos de las respuestas del paciente a otras personas y en situaciones de su ambiente. Es seguro que los comportamientos desadaptativos, inflexibles, del paciente saldrán a la superficie en la relación terapéutica, al igual que lo harían en cualquier otra relación; cuando esto sucede, el terapeuta puede señalarlo de forma explícita y utilizarlos como "grano para el molino terapéutico".

Al mismo tiempo, el terapeuta tiene que recordar que el individuo con un trastorno de la personalidad es especialmente susceptible de realizar falsas atribuciones de pensamientos, acciones, actitudes y emociones al terapeuta -es decir, respuestas, estructuras o neurosis de transferencia— debido a sus inflexibles maneras de pensar y relacionarse. El individuo con un trastorno de la personalidad a menudo se da cuenta con todo detalle del más ligero matiz o sugerencia y, a causa de esta sensibilidad, puede fácilmente desencadenarse una respuesta cuando percibe algún desaire, algún desafío, algún desacuerdo o alguna pérdida. El terapeuta tiene que darse cuenta sagazmente del impacto potencial de las distintas intervenciones y tomar gran cuidado al trabajar con este grupo de pacientes. Por ejemplo, incluso llegar dos minutos tarde a la sesión con un paciente que tiene un trastorno de la personalidad por dependencia puede provocar ansiedad de ser abandonado. Los mismos dos minutos de retraso harán surgir el espectro de sentir que se aprovechan de uno en el caso del trastorno paranoide de la personalidad y si se trata de un paciente con un trastorno límite, surgirá la ira debido al rechazo percibido. Es imperativo construir y mantener la confianza, algo habitualmente esencial para una buena terapia. Habrá pocos pacientes que pongan a prueba la paciencia y el temple del terapeuta más que aquellos cuyos problemas se encuentran codificados en el Eje II.

Al igual que el terapeuta se debe dar cuenta de, y responder adecuada y tranquilamente a, las conductas de transferencia del paciente, también tiene que vigilar sus propias respuestas emocionales automáticas, y a menudo negativas, hacia el paciente. Por ejemplo, el terapeuta se puede sentir manipulado por un paciente con un trastorno lí-

mite de la personalidad que continuamente reprime el material con carga emocional hasta que faltan cinco minutos para terminar la sesión, obligándole bien a interrumpir al paciente en el medio de una autorrevelación o bien a prolongar la sesión más allá de la hora acordada. En este caso, el terapeuta debe evitar atribuir intenciones retorcidas al comportamiento del paciente y utilizar la colocación de límites y de una estructura para desalentar dicho comportamiento. Por ejemplo, estableciendo el orden de la sesión al comienzo de la misma, indicárselo al paciente cuando quedan 15 minutos para que ésta acabe, preguntándole si hay otros temas importantes que necesitan ser abordados y terminando la sesión inmediatamente después de que se le haya avisado suficientes veces, incluso aunque esto signifique cortar algo al paciente.

Además, debido a los retos de formar una sólida alianza terapéutica, la naturaleza colaboradora de la terapia tiene que ser, constantemente, un aspecto central con pacientes que tienen un trastorno de la personalidad. Los terapeutas tienen que tener en cuenta que la colaboración no es siempre al 50-50 con esos pacientes. En realidad, con muchos de ellos la colaboración puede ser de 80-20 o de 90-10, llevando el terapeuta la mayor carga. Desafortunadamente, este desequilibrio de esfuerzo a menudo conlleva un elevado nivel de estrés y de "estar quemado" para los profesionales (Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990). Sin el apoyo activo del terapeuta, el paciente podría asustarse o desilusionarse rápidamente y abandonar la terapia. La relación de colaboración implica establecer objetivos de la terapia mutuamente aceptados que sean razonables, secuenciales, realistas, importantes, próximos y que se encuentren dentro del repertorio del paciente.

25.5. Colaboración terapéutica

El objetivo inicial de la terapia es una evaluación de los problemas del paciente, el desarrollo de una conceptualización de esos problemas y el establecimiento de un plan de tratamiento apropiado y conjuntamente, mientras, al mismo tiempo, se forma una alianza de colaboración. Conforme se empiezan a analizar de cerca las responsabilidades tanto del terapeuta como del paciente dentro de la relación de colaboración, surgen interesantes paralelismos. Muchos de los asuntos terapéuticos que son operativos para el paciente en tratamiento son igual de activos y necesarios para el terapeuta. Los paralelismos pueden ayudar al terapeuta a mantener una posición empática y optimizar las oportunidades para utilizar estas similitudes con el fin de ayudar al paciente a utilizar, de la mejor forma posible, la experiencia terapéutica. La atención, por parte del clínico, hacia estos paralelismos ayudará a minimizar las respuestas neuróticas y la estructura de la contratransferencia, así como otros obstáculos frecuentes en la terapia.

Caminando hacia este fin, se han identificado algunos de los retos más frecuentemente encontrados al tratar a pacientes con trastornos de la personalidad. Estos retos suelen solaparse y no se ven habitualmente de forma aislada en la terapia. Para cada reto se ha ofrecido una descripción del tema desde la perspectiva del paciente y desde la del terapeuta. Se han utilizado una serie de historias y ejemplos clínicos para ilustrar los distintos puntos de similitud entre las dos perspectivas.

25.6. Retos para la terapia

25.6.1. *Comprender la naturaleza de los trastornos de la personalidad*

Terapeuta

El terapeuta tiene que darse cuenta de las numerosas facetas del trastorno de la personalidad y tiene que ser conocedor de la investigación sobre el tratamiento, incluyendo (pero no limitándose a) los siguientes aspectos:

a) *La naturaleza del trastorno a largo plazo.* Por definición, los trastornos de la personalidad son condiciones crónicas (APA, 2000) en las que los individuos, a menudo, mantienen suposiciones básicas, duraderas, que afectan de forma adversa a su comportamiento y a sus respuestas emocionales. Algunos ejemplos de estas suposiciones esenciales incluyen "el mundo es peligroso y malvado", "soy ineficaz y vulnerable" y "soy inaceptable de manera inherente" (Beck y Freeman, 1990). Estas suposiciones suelen ser reforzadas, de forma consistente, por personas del contexto del paciente, produciendo creencias firmemente mantenidas que pueden ser resistentes al cambio en la terapia.
b) *El efecto del trastorno de la personalidad sobre el funcionamiento de la terapia.* Las creencias y suposiciones desadaptativas, negativas, sobre uno mismo y el mundo suelen producir experiencias emocionales perturbadoras y respuestas conductuales ineficaces o perjudiciales que, a su vez, parecen confirmar las suposiciones y creencias negativas, creándose así un ciclo vicioso. Por ejemplo, las creencias de ineficacia y de peligro con respecto al mundo pueden tener como consecuencia una ansiedad constante, una hipervigilancia hacia señales de peligro en el ambiente y en las relaciones interpersonales y respuestas de tipo fobia ante las emociones intensas, acompañadas por estrategias evitadoras de solución de problemas (Beck y Freeman, 1990). La evitación, a su vez, suele producir más ansiedad. Los pacientes no se dan cuenta habitualmente de este patrón y, a menudo, tienen poca introspección con respecto a que los problemas que están experimentando se encuentran relacionados con sus propios estados cognitivos, afectivos o conductuales.
c) *Interpretación de los criterios del DSM-IV-TR* (APA, 2000). Teniendo en cuenta la complejidad de la categoría diagnóstica, un terapeuta que comienza el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad tiene que darse cuenta claramente del conjunto de criterios del DSM-IV-TR, qué significa cada criterio y cómo un determinado paciente lo satisface. Por ejemplo, sería un error etiquetar la cautela de un paciente con respecto a los supervisores y los compañeros de trabajo como un comportamiento paranoide cuando esta conducta tiene su "justificación", como cuando existe una verdadera discriminación racial en el lugar de trabajo. Los terapeutas también tienen que ser capaces de distinguir los criterios de los trastornos de la personalidad de los de los demás trastornos (p. ej., diferenciando el comportamiento voluble, impulsivo, del trastorno límite de la personalidad de

la activación que se observa en el trastorno bipolar). Además, el terapeuta tiene que tener cuidado de no utilizar la etiqueta de trastorno de la personalidad de forma demasiado amplia; en la práctica clínica, este término a menudo ha sido utilizado en exceso, aplicado habitualmente a pacientes que son difíciles de diagnosticar y de tratar (Beck y Freeman, 1990).

d) *La noción de manifestaciones ligeras, moderadas y graves.* Los síntomas de un trastorno de la personalidad pueden ser ligeros, moderados o graves. Algunos individuos con estos trastornos pueden funcionar bastante bien en muchos ámbitos de sus vidas con algunas áreas específicas de dificultad, mientras que otros sujetos pueden experimentar problemas más globales o incapacitantes, como intentos crónicos de suicidio, conflictos familiares constantes o empleos inestables. La naturaleza y el nivel de deterioro determinarán la intensidad y el centro de atención adecuados de las intervenciones. Además, los terapeutas tienen que estar preparados para evaluar de cerca a los pacientes, ya que éstos pueden, a menudo, manifestar una "competencia aparente", que es la tendencia a aparecer como si tuvieran las habilidades necesarias para afrontar eficazmente una situación y, en otras ocasiones, responden como si no tuvieran la mínima noción de cómo actuar (Linehan, 1993a). Por ejemplo, Linehan describe al paciente con un trastorno límite de la personalidad que demuestra un buen control de impulsos mientras se encuentra en la sala de terapia, pero cuya contención conductual no se generaliza fuera de ella. Otro ejemplo es el paciente que es asertivo para expresar sus deseos al terapeuta, pero que es incapaz de rechazar las peticiones de los demás en la vida normal por un intenso miedo al rechazo.

e) *De qué manera los trastornos de los Ejes I y II son sinérgicos.* Existe una elevada comorbilidad de los trastornos de la personalidad con otros trastornos del Eje I, como el trastorno de ansiedad generalizada, el de pánico, el obsesivo-compulsivo, el somatoforme, la fuga psicogénica, el trastorno disociativo de identidad, el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y la psicosis reactiva breve, así como con otros trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1990). Si hay presente más de un trastorno, será importante incluir, en la conceptualización del caso, cómo cada uno de ellos afecta y, a su vez, es afectado por el otro. Por ejemplo, un paciente con un trastorno narcisista de la personalidad que también tiene una historia de trastorno bipolar puede estar particularmente predispuesto a un episodio depresivo cuando fracasa en recibir el reconocimiento y la atención especiales que piensa que se merece. Esta reacción podría conceptualizarse como el resultado de la disonancia entre su autoconcepto proyectado hacia el exterior (muy positivo) y sus verdaderos sentimientos internos sobre sí mismo como inferior o indeseable, que parecen haberse confirmado con su fracaso para recibir el reconocimiento esperado. Adicionalmente, un paciente con depresión mayor y trastorno límite de la personalidad, puede correr un mayor riesgo de cometer actos autolesivos e intentos de suicidio, debido a su impulsividad y al deseo intenso de evitar el dolor del rechazo.

Paciente

El paciente debería estar informado de su diagnóstico y el terapeuta debería explicar, en detalle, el significado del mismo, incluyendo (pero no estando limitado) a lo siguiente:

a) *Las implicaciones que tiene para el funcionamiento de la vida.* Debido a la variedad de presentaciones de síntomas en pacientes con trastornos de la personalidad y a la elevada posibilidad de que ocurran al mismo tiempo otros trastornos mentales, no se puede predecir el nivel potencial máximo del funcionamiento psicosocial de un paciente basándose únicamente en el diagnóstico del trastorno de la personalidad. Algunos pacientes con un trastorno de la personalidad pueden ser suicidas de forma crónica y pueden utilizar frecuentemente los servicios psiquiátricos de internamiento, a pesar de las intervenciones recibidas, mientras que otros pueden tener un elevado nivel de funcionamiento, conservar su empleo y mantener relaciones familiares y de pareja adaptativas, con un escaso apoyo o sin él. Es importante que el paciente tenga autoexpectativas realistas —para comprender cuáles pueden ser sus virtudes, debilidades y límites— de modo que se puedan mantener los beneficios del tratamiento y evitar o minimizar futuros problemas. De este modo, debería hablarse con el paciente de las implicaciones del trastorno de la personalidad para el funcionamiento de la vida, basándose en la evaluación cuidadosa por parte del terapeuta sobre cada paciente individual.
b) *La cronicidad.* Al igual que los pacientes necesitan comprender de qué manera el trastorno de la personalidad puede requerir ajustes en su funcionamiento cotidiano, es esencial también que comprendan la cronicidad del trastorno. Esto se puede hacer proporcionándoles la información sobre la etiología del trastorno. Es útil conseguir que los pacientes identifiquen dónde han aprendido sus comportamientos y creencias nucleares y cómo su ambiente ha reforzado estas creencias y conductas desadaptativas. Serán capaces, entonces, de comprender que sus patrones cognitivos, emocionales y conductuales, son globales y, por consiguiente, más resistentes al cambio. Es función del trabajo de colaboración entre el paciente y el terapeuta identificar aquellas creencias que son más flexibles para el cambio y colocarlas como objetivos del tratamiento.
c) *La tratabilidad.* Los pacientes a quienes sus terapeutas les han dicho que su trastorno puede ser debilitante y con carácter crónico, pueden, comprensiblemente, sentirse desanimados sobre sus posibilidades de mejoría. Por consiguiente, es crucial que los terapeutas les transmitan que, aunque el trastorno de la personalidad es una condición crónica, puede ser muy tratable (véase el apartado siguiente). Adicionalmente, puede ser útil que los pacientes sepan que su nivel de motivación para el cambio será un factor colaborador relacionado con el éxito terapéutico (Prochaska, Di Clemente y Norcross, 1992).

   El empleo de analogías como "aprender a montar en bicicleta" puede ser de utilidad para describir el proceso terapéutico de cambio. Por ejemplo, un terapeuta puede conseguir que el paciente recuerde las experiencias de aprendizaje

para montarse en bicicleta, enfatizando la necesidad de prestar atención al equilibrio, al control del manillar, a mover los pies, etc. Luego, el terapeuta puede pedir al paciente que recuerde cómo aprendió la habilidad de montar en bicicleta después de alguna práctica, señalando cómo ya no era necesario centrar la atención en los detalles del proceso. Más tarde puede relacionar este argumento con el proceso de cambio en la terapia. El terapeuta puede volver a esta analogía durante el tratamiento, cuando el paciente retroceda o no sea capaz de realizar el cambio de conducta. Por ejemplo, un retroceso en la terapia puede compararse con perder el equilibrio en la bicicleta y caerse; la tarea del paciente es montarse de nuevo y seguir pedaleando para practicar aún más la habilidad. Ésta es una analogía que la mayoría de los pacientes serán capaces de comprender. Enfatiza la cuestión de que la terapia es un proceso de reaprendizaje, con avances y recaídas en diferentes momentos.

d) *Requisitos para el tratamiento.* Los terapeutas tienen que describir claramente a sus pacientes los requisitos del tratamiento. En cualquier interacción terapéutica es importante plantear los límites y el comportamiento esperado del terapeuta y del paciente; sin embargo, si se trabajó con pacientes que sufren un trastorno de la personalidad esto es esencial debido a su habitual escaso sentido de los límites. Se recomienda que los terapeutas definan claramente y se adhieran a la duración preestablecida de la sesión, a la política sobre las cancelaciones de sesiones, a las reglas sobre los contactos entre las sesiones, a los requisitos de las tareas para casa y al empleo apropiado del número de teléfono de emergencia. De forma más general, puede ser útil que los terapeutas subrayen a los pacientes la necesidad de comprometerse a asistir a la terapia, aunque haya sesiones emocionalmente difíciles e incluso aunque a veces piensen en abandonarla. El contrato de tratamiento debería incluir un acuerdo sobre el número de sesiones y sobre el cambio conductual esperado.

e) *Objetivos del tratamiento claros y razonables.* Los objetivos del tratamiento deben ser claros, concretos, realistas y manejables para el paciente. Por ejemplo, sería autoderrotista colocar el objetivo de conseguir que un individuo con un trastorno de la personalidad por evitación se convirtiese en un sujeto con una gran extraversión social. No sólo es un objetivo poco realista, sino que también es vago y, por lo tanto, es difícil que el terapeuta y el paciente evalúen su progreso hacia el objetivo. Sin embargo, sería razonable poner como objetivo aumentar el círculo social del paciente, de no tener amigos a tener 2 o 3 amigos con quienes interactuar al menos una vez a la semana. Además de proponer objetivos concretos, realistas, éstos tienen que colocarse en orden de prioridad, eliminando cualquier comportamiento peligroso, como las autolesiones o los impulsos de suicidio (Linehan, 1993a).

Ejemplo de un caso

Juan es un abogado de 34 años de edad que llegó a terapia para ser tratado de depresión. En la admisión su puntuación en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue de 37, lo que indica una depresión grave. Sin embargo, el afecto de Juan contradecía su pun-

tuación. Aparecía alegre, bromeando a menudo con el terapeuta. Cuando se le preguntó sobre la aparente falta de congruencia entre su afecto y la puntuación obtenida, dijo, "Así es como soy". El patrón de vida de Juan se componía de una serie de relaciones rotas e insatisfactorias. No podía explicar los problemas de relación, se limitaba a decir que tenía "mala suerte".

Su terapeuta inicialmente vió a Juan como un paciente fácilmente tratable cuya depresión remitiría rápidamente y planificó terminar el tratamiento en diez sesiones. Sin embargo, al final de la décima sesión, la puntuación en el BDI se encontraba todavía en la mitad de los 30. Este fracaso en la progresión ocurrió a pesar del hecho de que Juan hizo aplicadamente las tareas para casa y de que parecía comprender el modelo de la terapia cognitivo-conductual (TCC). El terapeuta se encontraba también más frustrado cada vez a causa del comportamiento del paciente, concretamente con su estilo de "sí, pero..."

Una vez que el estilo/trastorno pasivo-agresivo del paciente se incluyó en el cuadro diagnóstico y se tomó en cuenta, el tratamiento se aceleró con el resultado de un mayor éxito para reducir la depresión tal como la mide el BDI. Esto se hizo educando a Juan sobre la naturaleza del trastorno de la personalidad e identificando, a lo largo de una serie de sesiones, sus suposiciones implícitas, como "ser controlado por los demás es intolerable" (Beck y Freeman, 1990). El terapeuta también abordó la gravedad y la cronicidad de este problema, señalando cómo su comportamiento explicaba sus patrones duraderos de dificultades con las relaciones, ya que enviaba una mezcla de señales a sus parejas, que podían haber reaccionado, inicialmente, con confusión y, luego, con ira y resentimiento. Adicionalmente, el terapeuta habló con él sobre cómo su aparente dificultad para permitir que sus sentimientos negativos se expresaran (p. ej., su afecto incongruente) podía ser un obstáculo para las relaciones íntimas, hasta tal punto que esta tendencia permaneció incluso después de haber terminado el tratamiento. Finalmente, el terapeuta y el paciente fijaron objetivos razonables para el tratamiento, incluyendo que Juan aprendería a reconocer, por medio del autorregistro de sus cogniciones y conductas, cuándo estaba llevando a cabo un comportamiento pasivo-agresivo, y que además desarrollaría estrategias para expresar de forma más directa sus pensamientos y sentimientos en estas situaciones.

25.6.2. *Aceptar el impacto en la vida y las implicaciones del trastorno de la personalidad sin pesimismo injustificado*

Terapeuta

La hipersensibilidad de los pacientes con un trastorno de la personalidad influirá en sus reacciones a todas las situaciones de la vida, incluyendo la terapia y el terapeuta. Se debe considerar al paciente como un sujeto crónicamente incapacitado, hasta el punto de pensar que el trastorno de la personalidad no remite. Sin embargo, el terapeuta tiene que reconocer y comunicar también que estos trastornos pueden ser tratados, incluso curados.

Los pacientes tienen, a menudo, la experiencia de oír connotaciones negativas asociadas con su diagnóstico. A los que han estado en terapia antes se les puede haber dicho directamente, o enviado el mensaje indirecto de que "Los terapeutas odian trabajar con gente como tú". Esto puede expresarse de una forma más encubierta por los terapeutas o de un modo más directo por los otros pacientes. Además, el terapeuta y otras personas pueden percibir los verdaderos sentimientos de desamparo e ideas suicidas del paciente como manipulaciones. A estos pacientes, la familia, los amigos, e incluso, los terapeutas, les han dicho frecuentemente "Si dejases de actuar de esta forma te iría mucho mejor". Los terapeutas deben tener cuidado de no caer en la trampa de utilizar este tipo de afirmaciones o el lenguaje peyorativo con sus pacientes. Aunque esto a menudo se hace sin darse cuenta, puede servir para reforzar aún más las percepciones de ineficacia y vulnerabilidad del paciente y de su inherente carácter de inaceptable, antipático o intratable.

Paciente

Los trastornos de la personalidad causan frecuentemente problemas importantes incluso en los aspectos de la vida aparentemente más simples. Por ejemplo, ir al trabajo incluye vérselas con las frustraciones de viajar, interaccionar con la gente, terminar las tareas que éste implica y afrontar las demandas de los superiores. Aunque manejar estos retos implica algún grado de estrés durante parte del tiempo para la mayoría de la gente, para el individuo con un trastorno de la personalidad pueden constituir una fuente de frustración diaria. Por medio de la educación sobre su trastorno de la personalidad, los pacientes pueden aprender a aceptar y afrontar su hipersensibilidad ante las exigencias de la vida cotidiana. Además, a causa de los graves déficit en habilidades encontrados en los pacientes con estos trastornos, el desarrollo de habilidades de solución de problemas adaptativas se incluye, habitualmente, como un componente del tratamiento, mejorando, por lo tanto, el sentido de autoeficacia del paciente al encontrarse con las situaciones cotidianas.

Ejemplo de un caso

Pedro, un hombre de 45 años de edad que acababa de empezar a trabajar como empleado de una oficina, fue enviado a la terapia después de que su sospechosa y aparente falta de habilidad para confiar en sus compañeros de trabajo empezara a interferir con su rendimiento laboral. A menudo interpretaba los comentarios inocuos que los demás hacían de él (p. ej., "¿Has visto mi grapadora?") como negativos o acusadores (p. ej., "¿Robaste mi grapadora?"), incluso aunque no hubiera ninguna prueba que apoyase estas suposiciones. Además, su rechazo a compartir sus hojas de datos con sus compañeros de trabajo hacía que todo el mundo trabajase más, ya que muchas tareas eran repetidas por dos o más personas. Pedro fue remitido a terapia y diagnosticado con un trastorno paranoide de la personalidad, después de que su terapeuta descubriera un patrón duradero de desconfianza y sospechas en ausencia de una historia de psicosis.

Al definir el plan de tratamiento de Pedro durante la sesión inicial, el terapeuta tenía mucho cuidado en hablar de su trastorno en términos neutrales, objetivos (p. ej., "Habitualmente prefieres guardarte el trabajo" en vez de "No te gusta compartir" o "no cooperas"). El terapeuta observó cómo sus comportamientos habituales estaban interfiriendo con sus responsabilidades en su nuevo empleo así como con su satisfacción general. Pedro se sintió aliviado de que el terapeuta no le regañase por su "comportamiento no cooperativo", tal y como hacían muchos otros en su ambiente laboral. El terapeuta remarcó la necesidad de un cambio de conducta, no como una indicación de que Pedro o su comportamiento eran "buenos" o "malos", sino de que su conducta estaba interfiriendo con su capacidad para realizar su trabajo y para obtener satisfacción de él. Informó al paciente de que posiblemente su tendencia fuese estar buscando siempre significados negativos, ocultos, en los comentarios neutros de los demás; sin embargo, podría aprender a reconocer cuándo lo hace y dejar de producir una respuesta de retirada automática.

25.6.3. *Asumir el trastorno y su resistencia al cambio*

Terapeuta

Esto requiere la comprensión y aceptación de que aunque el paciente con un trastorno de la personalidad puede ser introspectivo y estar motivado para el cambio en una fase adecuada de preparación para el mismo, siendo capaz de construir una alianza de colaboración con el terapeuta, puede existir todavía una incapacidad o un temor a cambiar. Modificar los patrones disfuncionales de pensar, sentir y comportarse conducirá a menudo al paciente a un territorio inexplorado. A veces, las ganancias secundarias de los comportamientos "enfermos" pueden ser tan poderosas que los pacientes temen perder los elementos de sus vidas sobre los que piensan que han desarrollado al menos algún nivel de control. Los terapeutas deberían tratar de consultar con otros colegas con el fin de procesar "puntos de referencia" terapéuticos para una perspectiva más fresca (véase el apartado 25.6.7).

A diferencia de muchos otros trastornos (p. ej., depresión, ansiedad, fobias o esquizofrenia), los de la personalidad no responden de la forma típica a la medicación psicotrópica, aunque dicha medicación puede ser de utilidad. Simplemente, no existe una "puesta a punto rápida". Por consiguiente, la terapia es la única y mejor opción de tratamiento. Además, se ha de informar al paciente que un objetivo razonable de la terapia es disminuir los síntomas del trastorno de la personalidad y mejorar el funcionamiento, no "curar" el trastorno. Es importante que el terapeuta comparta su conceptualización del caso con el paciente, con el fin de revisar los orígenes de las creencias nucleares, los círculos viciosos, los reforzadores y los obstáculos al tratamiento. Las barreras a la intervención se incorporan, a menudo, al plan de intervención como objetivos iniciales para combatir la resistencia.

Paciente

Puede resultarle muy difícil al paciente aceptar que no existe cura para su trastorno. Después de todo, el cáncer puede curarse con distintas combinaciones de fármacos, cirugía y radiación. ¿Cuáles son los equivalentes psicológicos? El trastorno de la personalidad tiene que evaluarse, en un primer momento, como leve, moderado o grave. El paciente debe entender las tres dimensiones. Primero, la dimensión de gravedad. Segundo, tiene que darse cuenta y comprender el efecto de la cronicidad del trastorno. Finalmente, el paciente tiene que conocer la dimensión del impacto. ¿Qué extensión tiene el trastorno y qué procesos vitales han sufrido su impacto? Se le debe ayudar a reconocer que su trastorno crónico necesita el mismo tratamiento organizado que el que precisan otras enfermedades crónicas como la diabetes o el asma.

Ejemplo de un caso

El siguiente diálogo sobre el cambio tuvo lugar entre un terapeuta y María, una paciente de 38 años de edad con un trastorno de la personalidad por dependencia:

> *Terapeuta:* Es interesante que sigas diciendo que quieres cambiar tu comportamiento, pero vienes a terapia sin haber hecho las tareas para casa o sin haber practicado las técnicas de asertividad de las que hemos estado hablando.
> *Paciente:* Sí, lo se.
> *Terapeuta:* ¿Tienes miedo de intentar llevar a cabo los nuevos comportamientos?
> *Paciente:* Sí, tengo miedo de que, si comienzo a estar mejor usted no querrá que venga más a terapia. Y luego, si empiezo a hacer más cosas sola, mi marido no querrá seguir más en casa conmigo. Tengo miedo de que se marche y me deje en casa sola.
> *Terapeuta:* Le aseguro que continuará acudiendo a terapia hasta que usted y yo determinemos conjuntamente, en un determinado momento, que está preparada para terminarla. Y en ese momento, es probable que se sienta más confiada sobre su capacidad para finalizar la terapia. Igualmente, pienso que necesitamos explorar su temor con respecto a que su marido la deje sola.
> ¿Qué teme que suceda si lo hace? Examinemos sus pensamientos automáticos y veamos si podemos encontrar nuevas formas de pensar sobre la situación que sean más realistas y que le sirvan para sentirse menos perturbada.

De esta forma, el terapeuta empieza a abordar directamente los temores exagerados de la paciente que están bloqueando su progreso hacia la consecución de los objetivos. El terapeuta entiende que esta paciente probablemente nunca alcanzará un elevado grado de independencia con respecto a los demás, pero que es posible que desarrolle autosuficiencia hasta el punto de ser capaz de estar, a veces, sola. Se seguirá abordando su resistencia a

mejorar y es probable que dicha paciente tenga que acudir a "sesiones de ayuda" periódicas con el fin de mantener las ganancias del tratamiento después de haber terminado la terapia. Se puede invitar también al marido a participar en el tratamiento, con el fin de abordar los temores de la paciente y conseguir su apoyo en los objetivos del mismo.

25.6.4. *Poseer las habilidades necesarias para afrontar un trastorno de la personalidad*

Terapeuta

El terapeuta que trata a un paciente con un trastorno de la personalidad tiene que estar entrenado para vérselas con los problemas, a nivel clínico, de la ira, la disociación y las dificultades en las relaciones, a menudo dentro del contexto de una alianza de colaboración inestable. Tiene que poseer también paciencia, perseverancia y la capacidad para no tomarse todas las reacciones del paciente como algo personal. El terapeuta tiene que seguir manteniendo la esperanza para el paciente, a pesar del peligro de verse arrastrado, a veces, por la misma sensación de desamparo, frustración y desesperación de éste. Los terapeutas que tratan a los pacientes con trastornos de la personalidad deben esperar que, a veces, los idealicen, y tienen que intentar no ser atrapados por el ímpetu del narcisismo terapéutico. En otras ocasiones, el profesional será demonizado y no podrá tomárselo como algo personal, como si fuera, realmente, producto del diablo.

Los síntomas de los trastornos de la personalidad son intensos para pacientes y terapeutas y es esencial que éstos sean capaces de navegar a través de aguas tormentosas con una mano firme y estable. Todo lo anterior requiere entrenamiento y supervisión muy especializados. La idea de que un paciente con un trastorno de la personalidad es como todos los demás pacientes, sólo que un poco más difícil, es una evaluación claramente incorrecta.

Paciente

Como se ha señalado anteriormente, gran parte del énfasis de la TCC para los trastornos de la personalidad resulta en la adquisición de habilidades. La mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad tienen importantes déficit en habilidades. Frecuentemente , tienen habilidades de solución de problemas desadaptativas que han desarrollado como herramientas para la supervivencia en una temprana época de su vida. Por el mismo hecho de acudir a terapia, se produce la admisión tácita de que *posiblemente* existe una necesidad de revisar o volver a visitar esas habilidades. En ese momento, otras personas pueden interpretar su falta de habilidades como una conducta manipuladora. Se puede enseñar a los pacientes con trastornos de la personalidad a expandir su abanico de habilidades de solución de problemas para incluir enfoques que no les dañen y que sean vistos por los otros como más adecuados socialmente. Algunas áreas para el desarrollo de habilidades incluyen ponerse en la perspectiva del otro, el control

de impulsos, la comunicación eficaz, la regulación de las emociones, la tolerancia ante la frustración, la asertividad, el pensamiento consecuente, la demora de la respuesta y la reestructuración cognitiva. El terapeuta y el paciente necesitan identificar las áreas deficitarias y estructurar un programa psicoeducativo que construya las habilidades necesarias que ayuden al paciente a salir de la difícil situación en la que se encuentra.

Ejemplo de un caso

Sandra era una paciente de 25 años de edad con un trastorno límite de la personalidad. Después de una discusión con su novio decidió de forma impulsiva tomar diez pastillas de su medicación para la estabilización de su estado de ánimo. El terapeuta, entendiendo que el comportamiento inadecuado de solución de problemas de la paciente era una manifestación de su trastorno límite de la personalidad, evitó responder con frustración o ira ante lo que parecía ser una deliberada desconsideración por parte de Sandra del contrato terapéutico (p. ej., el acuerdo prohibía el comportamiento autolesivo) por medio de una táctica evidente para llamar la atención. Por el contrario, el terapeuta entendió que, debido a sus inadecuadas habilidades de solución de problemas, Sandra tomó las pastillas esperando conseguir dormir y escapar de su estado afectivo negativo e intenso durante un tiempo. Este acto no era un intento de suicidio, ni tampoco una táctica para atraer la atención de su novio. La siguiente sesión de terapia se dedicó a realizar un análisis conductual de la situación y a identificar estrategias alternativas para afrontar las emociones negativas generadas por ese conflicto interpersonal.

25.6.5. *Mantener la motivación para manejar los retos constantes de un trastorno de la personalidad*

Terapeuta

Tratar a un paciente con un trastorno de la personalidad no es para el pusilánime. El terapeuta debe comprometerse a trabajar con el paciente a través de muchos momentos y situaciones difíciles. No puede ser remilgado o reacio a preguntar sobre los detalles de experiencias tempranas, traumas pasados u otros temas difíciles. Los terapeutas tienen que estar preparados para redirigir a los pacientes, que, a veces, pueden intentar evitar un contenido mental con carga emocional o esquivar un enfrentamiento sobre sus comportamientos desadaptativos. Podría ser necesario que los terapeutas redirigieran constantemente la atención de los pacientes hacia patrones disfuncionales de conducta, identificando sus variables antecedentes y consecuentes. Este proceso repetitivo puede traicionar la paciencia de muchos terapeutas, que podrían pensar que el paciente "debería conseguirlo ahora". Puede que ayude el recordar que el trastorno de la personalidad implica déficit debilitantes y globales en habilidades, incluso en aquellos pacientes que son capaces de funcionar bien en algunas áreas de sus vidas.

Las entrevistas con terapeutas profundamente comprometidos indican que eran capaces de mantener elevados niveles de compromiso con el trabajo, creando límites entre la vida profesional y la no profesional, utilizando las actividades de ocio para proporcionar el alivio necesario con respecto al trabajo, convirtiendo los obstáculos del mismo en retos y buscando continuamente retroalimentación de sus colegas, entre otras cosas (Dlugos y Friedlander, 2001). Se podría diferenciar a estos terapeutas de otros por unos niveles más elevados de desempeño personal autoinformado. Quizá estas estrategias de autoprotección son incluso más importantes cuando el terapeuta lleva una agenda de muchos pacientes con diagnósticos múltiples de los Ejes I y II.

Paciente

Los pacientes pueden experimentar el sabotaje por parte de sus familias o del sistema social y es posible que se encuentren simplemente agotados por la presión del trastorno mismo. Pueden tener encuentros negativos con el sistema de salud mental, que reforzarán los estereotipos negativos asociados con un trastorno de la personalidad. Los pacientes pueden llegar a enterarse de que son los más temidos y los más difíciles de tratar, lo que reforzaría sus creencias sobre sus características "malas" o "sin esperanza" innatas.

Teniendo en cuenta el comportamiento impulsivo y, a veces, explosivo que puede formar (no siempre) parte del trastorno, se tiene que ayudar al paciente a mantener la motivación para el cambio. La motivación de éste puede fluctuar a lo largo del tratamiento y puede que sea necesario abordar esto en varios momentos de la terapia.

Ejemplo de un caso

Antonio, un paciente sin trabajo de 28 años de edad con un trastorno antisocial de la personalidad, había tenido una serie de empleos como peón, cada uno de ellos de forma muy esporádica, en los seis meses anteriores. Tuvo un patrón adecuado de trabajo durante algunas semanas, pero terminó en algún desacuerdo con su jefe con respecto a las pausas de descanso, los días de vacaciones, etc. En cada empleo, Antonio terminaba teniendo una discusión a gritos con su jefe y, luego, era despedido. En la terapia, el paciente normalmente intentaba evitar el tema exteriorizando su culpa por ser despedido o diciendo airadamente "soy muy torpe, ¿de acuerdo?". A pesar de las consecuencias negativas, la motivación de Antonio para cambiar estaba limitada por el refuerzo que había obtenido a veces por su comportamiento agresivo. A menudo utilizaba tácticas conductuales con sus compañeros de trabajo que intentaban evitar el enfrentamiento y le permitían "hacer las cosas a su manera". Sin embargo, el terapeuta insistió en señalar los patrones de comportamiento que condujeron a su despido en términos neutrales, y finalmente, el paciente se unió al terapeuta para buscar formas para controlar sus ataques de ira y enfrentarse con sus emociones de una forma más adaptativa. La modificación de su esquema "soy vulnerable si me aproximo a los demás" le permitió empezar a desarrollar interacciones menos negativas y más adaptativas y a mantener el empleo.

25.6.6. Ser capaz de enfrentarse a la frustración

Terapeuta

La gente a menudo llega a ser terapeuta porque quiere ayudar a los que sufren, reparar las vidas rotas de sus pacientes y hacer del mundo un lugar mejor en el que todos puedan vivir felizmente. A cambio de esto, esperamos que nuestros pacientes progresen bien en la terapia, respondan de forma positiva a nuestras intervenciones, hagan las tareas para casa, piensen bien de nosotros, estén encantados de nuestras interpretaciones y desarrollen la introspección que conduzca al cambio. El curso de la terapia en pacientes con un trastorno de la personalidad es, a menudo, turbulento y/o lleno de una continua sucesión de baches. A menudo, se ha de recorrer el mismo camino una y otra vez con un paso hacia atrás por cada dos hacia adelante. Los terapeutas que trabajan con pacientes con trastornos de la personalidad tienen que desarrollar sus propias habilidades de tolerancia ante la frustración para trabajar eficazmente con esta población. Frecuentemente, esto requiere un cambio en nuestros propios esquemas como terapeutas para asumir que no todos los pacientes aceptarán nuestra ayuda o que se les pueda ayudar con las herramientas que poseemos en nuestro repertorio terapéutico. La supervivencia del terapeuta que trabaja con pacientes con trastornos de la personalidad dependerá de la propia capacidad para no tomárselo como algo personal ni abandonar cuando un paciente no mejora, a pesar de la ingeniosa selección de intervenciones por parte del terapeuta.

Paciente

Si las expectativas se centran en que el objetivo de la terapia es curar problemas, entonces los largos años de terapia han dejado al paciente airado y frustrado, porque el mundo de la terapia no ha cumplido su promesa. La idea de que la vida avanza y retrocede de una manera clara y lineal es errónea y conlleva frustraciones importantes. Esta creencia es un ejemplo del pensamiento concreto, blanco o negro, que a menudo caracteriza al mundo cognitivo del paciente con un trastorno de la personalidad. Tolerar la frustración es un componente clave del desarrollo de la habilidad necesaria para la terapia. Además, los terapeutas tienen que ayudar al paciente con un trastorno de la personalidad a modificar su pensamiento rígido para incluir puntos de vista mucho más realistas sobre la terapia, sobre su trastorno y sobre su capacidad para el cambio. Modificar la percepción de los pacientes con respecto a la terapia, desde una "curación mágica" al aprendizaje del afrontamiento de sus síntomas, constituye un cambio importante y necesario en el paradigma cognitivo.

Ejemplo de un caso

Susana era una mujer de 34 años de edad con un trastorno histriónico de la personalidad. Su comportamiento llamativo y su necesidad de ser siempre el centro de la atención en las reuniones familiares ha sido una importante fuente de fricción entre ella y sus her-

manos. Ha seguido la terapia durante un año y, a pesar de los intentos de desarrollar habilidades en Susana que estaban conductualmente restringidas, había conseguido ofender y provocar hostilidad en sus familiares en dos bodas, en una reunión familiar, en la fiesta de cumpleaños de su tío y recientemente —y el más perturbador para las personas de su alrededor— en un funeral, con su llamativa, y a veces escandalosa, conducta. En vez de desanimarse a la par que la paciente, el terapeuta fue cuidadoso en analizar el último episodio objetiva y clínicamente y para enmarcar el último retroceso de la paciente en términos de la "espiral de recuperación". Esto se le explicó de la siguiente manera: "Yendo hacia arriba en la espiral estás siempre más arriba, en un sentido absoluto, que cuando empezaste, incluso aunque haya veces en las que la dirección de tu movimiento sea, otra vez, a través de los mismos temas. Aunque haya habido retrocesos, has aprendido y continúas aprendiendo de ellos". Tolerar el malestar y la frustración se encuentran casi siempre en el plan de tratamiento de un paciente con un trastorno de la personalidad.

25.6.7. *Tener una red de apoyo para los "días difíciles"*

Terapeuta

¿Quién es el terapeuta del terapeuta? Está bien documentado el estrés en el trabajo con la salud mental (p. ej., Dlugos y Freidlander, 2001). El trabajar con pacientes estresados que viven vidas estresantes hace que el terapeuta necesite una red de apoyo para funcionar satisfactoriamente esos días en los que se siente abrumado. La dificultad de la práctica puede tener un impacto negativo en el hogar, la familia y la vida personal. Los terapeutas deberían utilizar la supervisión de los colegas, un apoyo colegial o la terapia para ellos mismos, según sea la necesidad. Como se ha señalado anteriormente, se aconseja que los terapeutas que tienen varios pacientes con trastornos de la personalidad en su agenda incorporen el empleo de su red de apoyo una vez a la semana para minimizar el quemarse, restaurar la esperanza, fortalecer la motivación y mantener perspectivas y expectativas realistas en sus pacientes bajo tratamiento. Linehan (1993a) afirma: "Me ha sorprendido una y otra vez la falta de supervisión y apoyo de equipo en muchas instituciones. Creo que el fracaso en obtener y dar un apoyo y un intercambio de pareceres adecuado se basa en el fracaso en reconocer la importancia del contexto y de los acontecimientos ambientales para moldear la conducta, incluyendo el comportamiento terapéutico. La conducta terapéutica requiere un contexto que la refuerce. La ley de la conducta humana que se aplica a nuestros pacientes se aplica igualmente a sus terapeutas" (p. 434).

Paciente

A menudo, uno de los objetivos iniciales de la terapia es ayudar al paciente con un trastorno de la personalidad a disminuir su confianza en una red negativa, permisiva y destructiva, construyendo un sistema de apoyo más útil y saludable. Esto es esencial para arrojar parte de la presión fuera de la terapia y del terapeuta, quien puede convertirse fá-

cilmente en el único centro de atención y apoyo para el paciente. A menudo, los pacientes son habilidosos para desviar las influencias positivas de sus vidas y fomentar las que no son saludables. No se puede suponer que los pacientes sepan cómo construir y fomentar un sistema saludable de apoyo. Necesitarán, probablemente, que se les enseñe a mejorar sus habilidades interpersonales con el fin de tener éxito. De nuevo, el paciente puede parecer habilidoso en esta área cuando en realidad no lo es.

Ejemplo de un caso

María, la paciente de 38 años de edad con un trastorno de la personalidad por dependencia (descrito en el apartado 25.6.3), se estaba volviendo cada vez más ambivalente. Aunque en algunos momentos quería ser más independiente, estaba también volviéndose más dependiente de su terapeuta. Esto era evidente por sus frecuentes llamadas telefónicas preguntando ¿qué hacer? con respecto a decisiones y problemas menores (p. ej., dónde llevar el coche para una revisión) que surgían entre sesiones, así como por sus peticiones de sesiones más frecuentes. El terapeuta se sentía frustrado y molesto al principio por estas interrupciones diarias y por la aparente "necesidad" de la paciente. Sin embargo, después de consultar con un colega, fue capaz de ver el comportamiento de María como una continuación de su patrón de renunciar a la responsabilidad de su vida en favor de otros, habitualmente su marido, pero también el terapeuta. Éste trabajó con María en habilidades de solución de problemas para ayudarla a identificar cómo tomar decisiones o buscar la información o los servicios que requería, sin la necesidad de tener a alguna otra persona que decidiese o lo hiciese por ella. Para conseguir esto, María necesitó trabajar con su terapeuta para desarrollar, por escrito, un árbol de decisión claro, conciso, que la ayudase en los momentos en los que se pusiera ansiosa o se estancara en su proceso de solución de problemas. Además, mantenía una hoja de registro de sus éxitos y desarrolló una mayor autoeficacia después de múltiples episodios de resultados positivos comprobados. Al establecer nuevas "normas" para que María las siguiese (p. ej., al escribir en el diario, ir primero al árbol de decisión), el terapeuta pudo utilizar las de la paciente.

25.6.8. Ser capaz de mantener la estructura necesaria para el tratamiento

Terapeuta

Teniendo en cuenta que un aspecto importante de los trastornos de la personalidad es la inestabilidad, un elevado grado de estructura es, por sí misma, terapéutica. Aunque algunos pacientes puedan quejarse de que la estructura de la terapia cognitivo-conductual es limitante y que prefieren una experiencia más abierta, de asociación libre (similar a lo que pueden haber experimentado antes), el terapeuta tiene que explicar las razones del enfoque estructurado, tanto en la terapia a nivel global como en las sesiones individuales. Los pacientes pueden intentar, a veces, "controlar" la sesión, como, por ejemplo, rehusando hablar, expresando ideas suicidas, cambiando el tema que se está

discutiendo o enfadándose con el terapeuta. Éste tiene que enfrentarse a esos comportamientos de forma inmediata y abordarlos como tácticas de control o de distracción. Esto puede convertirse en un área resbaladiza con algunos pacientes (especialmente aquéllos con trastornos de la personalidad) y, si no se maneja directa y prudentemente, puede ser una razón que contribuya a la alta tasa de abandonos del tratamiento. Al inicio de la terapia, puede que el terapeuta necesite utilizar cierta diplomacia para mantener el control de la sesión, pero siendo lo suficientemente flexible como para permitir que se aborden las cuestiones urgentes del día para los pacientes. Dependiendo de las experiencias con terapias anteriores por parte de los pacientes, puede ser más o menos agradable estructurar las sesiones. Los terapeutas pueden, sistemáticamente, moldear las conductas de los pacientes dentro de un esquema más estructurado de terapia a lo largo de las primeras sesiones. Los pacientes pueden retroceder en etapas posteriores de la terapia, pero la desviación del esquema estructurado se debiera enfrentar inmediatamente y discutirse como tema de tratamiento.

Paciente

El objetivo del paciente de "conseguir dar sentido a mi vida" requerirá, por definición, un elevado grado de estructura. Aunque posiblemente se frustre al paciente, a quien no se anima para que diga y haga lo que quiera, éste tiene que socializarse ante la necesidad, el propósito y las habilidades para establecer y mantener la estructura dentro de la sesión de terapia, lo que permite al paciente ser más colaborador, mejorando finalmente la alianza terapéutica. El autorregistro y las tareas para casa estructurados son formas de ayudar al paciente a establecer cierta estructura en su vida fuera de la sesión de terapia.

Ejemplo de un caso

Miguel era un estudiante universitario de 19 años de edad con rasgos de la personalidad esquizoide, que fue presionado por sus padres para que acudiera a terapia, porque estaban preocupados sobre su coducta de aislamiento y sus constantes cambios de asignaturas en la universidad sin una coherencia aparente. En la terapia expresó, con una voz sin emoción, el deseo de "Entender mi vida". Sin embargo, no le gustaba la estructura de realizar y revisar las tareas para casa cada semana, manifestando que él pensaba que "se supone que el paciente lo único que tiene que hacer en la terapia es hablar sobre lo que quiera". El terapeuta explicó por qué las tareas para casa constituyen una parte integral de la TCC eficaz e insistió en explicarle las razones de dichas tareas, programando de forma consistente las mismas y preguntándole sobre su realización. Cuando el paciente llegaba a la sesión sin haber hecho las tareas para casa, el terapeuta pasaba parte del tiempo reiterando la importancia de dichas tareas e intentando solucionar los problemas que habían impedido a Miguel hacer las tareas para casa esa semana. Una vez que Miguel empezó a "entrar" en el propósito de las tareas para casa, su motivación aumentó y fue capaz de empezar a observar y centrarse en la falta de dirección y objetivos de su vida. A partir de aquí, empezó el proceso de la terapia.

25.6.9. *Ser capaz de mantener la colaboración terapéutica en los "días malos"*

Terapeuta

La sensibilidad, hiperactividad y escasa capacidad de solución de problemas de los pacientes con trastornos de la personalidad los hace extremadamente vulnerables a las crisis. Los "días malos" pueden ser consecuencia de cualquiera de los siguientes elementos (aunque no únicamente de ellos):

a) Percepción de crisis cuando no hay ninguna. Los terapeutas tienen que recordar siempre que la percepción de una crisis es una cuestión particular del individuo. Hay veces en las que el paciente considera una situación como una crisis cuando el terapeuta menos se lo espera. Por ejemplo, el paciente puede sentirse abrumado porque tiene dos citas con los médicos el mismo día, incluso aunque no trabaja y las citas son en horas diferentes. Otras veces, el terapeuta percibirá una situación determinada como una crisis, mientras que el paciente no la percibe así. Por ejemplo, un paciente recibió la noticia de su compañía eléctrica de que le iban a cortar la luz y el terapeuta estaba más preocupado con respecto a cómo conseguiría el paciente pagar la factura que él mismo, que estaba desensibilizado ante esos problemas financieros comunes.

b) Estrés psicológico, físico o médico. No es infrecuente que los pacientes adultos que se ven en terapia tengan problemas médicos al mismo tiempo. Cuando los pacientes no se sienten bien debido a enfermedades médicas, fatiga o mala alimentación, son especialmente vulnerables a las crisis. Sus umbrales para afrontar el estrés se encuentran más bajos cuando tienen que enfrentarse, al mismo tiempo, con preocupaciones médicas. De igual manera, cuando los pacientes tienen, de forma concomitante, diagnósticos en el Eje I, su tolerancia ante el estrés se ve también afectada. Por ejemplo, un paciente con un trastorno de la personalidad puede tener también un trastorno por estrés postraumático. En las ocasiones en las que este paciente experimenta imágenes retrospectivas *(flashbacks) o* hipervigilancia ante los estímulos ambientales, puede que entre en crisis o sea más vulnerable a las crisis.

c) Crisis de educación o de vocación. El lugar de trabajo y los sitios académicos constituyen situaciones frecuentes en las que se desencadenan las crisis. Esto se debe, a menudo, a la necesidad/exigencia/requisito de que el paciente interactúe a un nivel interpersonal con sus compañeros de trabajo, supervisores, clientes y/o compañeros de estudios. Los pacientes con trastornos de la personalidad son, habitualmente, pensadores concretos y rígidos, lo que lleva a frecuentes interpretaciones erróneas con respecto a las manifestaciones de los demás. Por ejemplo, una retroalimentación constructiva de un supervisor se puede interpretar en la mente de los pacientes como que están funcionando mal en el trabajo y que corren el riesgo de ser despedidos. Esta interpretación errónea puede llevar a una situación de crisis en el paciente. Además, los individuos con trastornos de la personalidad

frecuentemente "dividen" a los compañeros de trabajo, tomando partido o formando grupos a favor o en contra de otros miembros de la empresa. Esto a menudo predispone al paciente a futuros enfrentamientos negativos con los compañeros de trabajo, que puede acabar en que el paciente abandone el trabajo o que sea despedido de él.

d) Crisis familiares. Las crisis en la familia pueden implicar al paciente directamente o a otro miembro de la familia. Los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo tienen relaciones confusas, tormentosas y tumultuosas con los miembros de la familia. Pueden implicarse en patrones de comportamiento que dan como resultado reacciones predecibles de los miembros de la familia, lo que sirve para reforzar, aún más, las creencias negativas de los pacientes sobre sí mismos.

e) Crisis ambientales. Las crisis ambientales pueden ser muy variadas, desde un embotellamiento de tráfico, al ir al trabajo, hasta no poder pagar el alquiler mensual. La tolerancia de los factores ambientales es individual, y es una función de los estímulos estresantes mencionados anteriormente.

El terapeuta tiene que ser capaz de mantenerse conectado, tanto si el paciente se repliega hacia el interior como si se manifiesta abiertamente. El terapeuta tiene que considerar siempre la percepción de la crisis por parte del paciente y la cantidad de recursos psicológicos para el afrontamiento que éste posee en cualquier momento.

Paciente

El paciente tiene que estar preparado, a través de "cortafuegos" frecuentes, para capear los días malos con un daño mínimo para uno mismo, los demás o las relaciones. Se tiene que ayudar al paciente a reconocer que ya ha pasado por "días malos" anteriormente y que el sentirse mal está limitado en el tiempo. Es útil compartir y ayudar al paciente a visualizar la metáfora siguiente en momentos de elevado malestar: "Imagina que alguien se encuentra en el borde de la playa, paseando por el agua. Una gran ola de forma inesperada cae sobre la persona. Durante un momento se encuentra completamente cubierta de agua. En ese instante podría ser normal pensar 'me voy a ahogar'. Si conserva la perspectiva y se mantiene firme, la ola pasará en unos segundos. La clave es darse cuenta de que la gran ola es pasajera. Las grandes olas del torbellino emocional son igualmente pasajeras, aunque, en medio de los sentimientos, se pueden ver como si nunca acabasen. La capacidad para evitar ser arrastrado en el momento y para darse cuenta de la naturaleza transitoria de las olas emocionales constituye un aspecto muy importante para tolerar el malestar" (Preston, 1997, p. 105).

Con el fin de perseverar en los tiempos difíciles, es importante que los pacientes entiendan sus vulnerabilidades a las crisis y que esto sea un tema de la terapia. Es adecuado que, a veces, la terapia se centre en ayudar al paciente a modificar su ambiente, familia o lugar laboral, con el fin de minimizar el grado en que estas situaciones activan las crisis en su vida. Cuando las crisis se tratan eficazmente a través de la colaboración durante el proceso terapéutico, se puede mejorar la alianza de trabajo entre el paciente y el terapeuta.

Ejemplo de un caso

Pilar, una mujer de 29 años de edad con un trastorno límite de la personalidad, necesitó decirle a una amiga que no podría llevarla en coche desde la casa hasta el supermercado, como hacía normalmente cada jueves. Esto provocó una grave ansiedad, pánico y miedo al rechazo en Pilar; estas emociones eran tan fuertes que hacía grandes esfuerzos para evitar encontrarse con su amiga. Pilar se quemó con un cigarrillo y le dijo a su terapeuta que preferiría estar muerta que arriesgar que su única amiga no quisiera mantener la relación con ella. El terapeuta la ayudó, en primer lugar, a colocar la situación en perspectiva: utilizó el diálogo socrático para explorar si sería problable que la amiga la rechazase debido a este único caso, especialmente porque Pilar tenía una buena razón para no prestarla ayuda esta semana (su coche estaba en el taller). El terapeuta llevó también a Pilar a través de un "cortafuegos", en donde se imaginaba la peor situación posible, en la que la amiga se enfadaba y la gritaba. Discutieron de qué manera Pilar podría manejar esta situación en el caso de que surgiese, señalándole el terapeuta que si se produjera un encuentro negativo con la amiga sería pasajero y, también, que su amistad duraba ya cinco años a pesar del hecho de que alguna vez habían fallado al otro. Después de esta sesión, Pilar fue capaz de hablarle a su amiga, que entendió que no la pudiera llevar hasta el supermercado. Aunque Pilar se sintió muy ansiosa y apenada, fue capaz de saldar el incidente sin hacerse daño a sí misma. Esto la ayudó a ganar más confianza en el terapeuta, mejorando, por consiguiente, la alianza terapéutica.

25.6.10. Desarrollar una perspectiva optimista sobre el futuro

Terapeuta

El terapeuta debe ser capaz de ver las posibilidades para el cambio en una dirección positiva. La cuestión es identificar las probabilidades de una vida más segura, con más éxito, menos perjudicial y no tanto centrarse en garantizar el éxito. Los terapeutas pueden esforzarse por mejorar la calidad de vida de sus pacientes ayudando a minimizar el tiempo pasado en hospitales psiquiátricos, a tolerar la emoción intensa sin causar perjuicios a sí mismos o a los demás, a establecer y mantener algunas relaciones y a ampliar el pensamiento dicotòmico (blanco o negro), incluyendo opciones alternativas. Muchos pacientes con trastornos de la personalidad terminan la terapia y continúan esforzándose para mantener vidas productivas. De hecho, la bibliografía sobre los resultados de la psicoterapia sugiere que los resultados positivos del tratamiento están asociados con las creencias del terapeuta sobre un buen pronóstico en sus pacientes (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994). Esto indica que el esquema del terapeuta sobre el futuro optimista de sus pacientes con un trastorno de la personalidad puede ser una importante variable para el éxito real de su tratamiento.

Paciente

Se debe ayudar al paciente a que contemple su focalización negativa de una manera relativa. Es decir, en vez de revisar y centrarse en todas las experiencias, interacciones o sentimientos negativos que ya han pasado, se tiene que ayudar al paciente a comenzar (o continuar) a construir experiencias positivas, de modo que, en comparación con las negativas, se contemplen como un éxito. No produce ningún beneficio alentar al paciente a que se revuelque en el pasado buscando alguna aclaración o solución.

Los pacientes con trastornos de la personalidad, de forma similar a lo que sucede con los sujetos que abusan de las drogas, pueden ganar refuerzos al contar detalladamente "historias de guerra". Esto sucede cuando los pacientes insisten en contar los escabrosos detalles de incidentes pasados cuando han intentado suicidarse o automutilarse, implicarse en conductas arriesgadas o ser inconformistas. Los pacientes pueden mostrar a los terapeutas varias formas de "cicatrices de guerra", como marcas de quemaduras, puntos o heridas abiertas. Un determinado paciente guardaba todas las muñequeras de sus visitas a los hospitales y salas de urgencias en una caja de "trofeos" en su habitación. Los pacientes pueden utilizar estas historias para permanecer inmóviles y evitar su temor al fracaso al cambiar en una dirección positiva. Es importante que el terapeuta las redirija para que se centren en desarrollar experiencias nuevas, satisfactorias, en cuanto opuestas a mantenerse en los acontecimientos negativos, aunque cómodos, del pasado. Los pacientes con trastornos de la personalidad habitualmente se resisten al cambio y pueden retraerse a las "historias de guerra" durante épocas de malestar especial. Esto debería ser una señal para que el terapeuta explorase esas situaciones con el paciente.

Ejemplo de un caso

Pilar, la paciente con el trastorno límite de la personalidad comentado en el apartado anterior, tenía la tendencia de llegar a la terapia y hablar sobre lo negativo que había sido su comportamiento durante la semana y la falta de progreso en ella. Por ejemplo, narraba que continuaba dándose atracones a pesar de las estrategias sugeridas por el terapeuta para evitar esa conducta. Al discutir sobre los atracones, daba detalles gráficos innecesarios y afirmaba que el último atracón fue el "peor de todos". Se etiquetaba a sí misma como una "fracasada", manifestándose pesimista con respecto a que nunca cambiaría. El terapeuta desalentó su tendencia a reclamar atención con historias de su comportamiento "morboso" proporcionando una vigilancia mínima a los detalles ajenos al tema. Por el contrario, se centraba en un análisis conductual, comenzando con la identificación de los antecedentes de la conducta no deseada. Ayudaba también a la paciente a reconocer que había sido capaz de evitar los atracones en algunas otras ocasiones durante las últimas semanas. Así, aunque en un caso no fue capaz de vencer el impulso de darse un atracón, habían existido otros casos de éxito, lo que demostraba que era capaz de controlar su comportamiento.

25.6.11. Mantener los objetivos de la terapia realistas, observables y medibles

Terapeuta

Es esencial que el terapeuta establezca objetivos concretos, específicos y realistas en la terapia. El paciente y el terapeuta deben trasladarse de lo idealista a lo realista, aumentando, por consiguiente, las oportunidades del paciente para el éxito. Los objetivos realistas para la terapia podrían ser ayudar al paciente a desarrollar una comprensión y aceptación de su trastorno de la personalidad, mientras aprende estrategias de aprendizaje para afrontar eficazmente sus síntomas. Los objetivos han de seguir una prioridad en términos de proteger la seguridad del paciente. Por ejemplo, un paciente que se intenta suicidar de forma crónica tiene que ser estabilizado durante un período de tiempo antes de abordar en la terapia asuntos pasados de abusos. Además, los objetivos se han de alcanzar de un modo sistemático, colocando, en primer lugar, los más pequeños y con una mayor probabilidad de ser alcanzados, mientras que, progresivamente, se van estableciendo objetivos cada vez más difíciles. Esto probablemente mejorará la confianza del paciente en el proceso de la terapia y en su capacidad para realizar cambios en su vida. Los objetivos definidos operacionalmente constituyen una parte importante de este proceso, con conductas objetivo y definiciones claramente establecidas. Por ejemplo, un paciente podría llegar a la terapia con el objetivo de querer "aumentar mi autoestima". Al definir operacionalmente la "autoestima" de forma conjunta, el terapeuta y el paciente serían capaces de averiguar que lo que el paciente quería realmente era detener la voz negativa para consigo mismo que surgía de su interior conforme realizaba diariamente las "tareas para casa" en el trabajo. El paciente y el terapeuta proponen objetivos para reducir sistemáticamente esta conducta, con el fin de minimizar el malestar que siente el paciente al producirse las autoverbalizaciones negativas.

Paciente

El paciente puede llegar a la terapia por petición o exigencia de los demás. El objetivo inicial podría ser, simplemente, satisfacer estas demandas externas. Otros pacientes podrían estar motivados a acudir a terapia por algo que han oído sobre ésta y ven a esa terapia concreta como el medio para cambiar su vida. Muchos pacientes llegan con objetivos que son vagos, indeterminados e inalcanzables, aumentando, por lo tanto, las posibilidades de fracaso del tratamiento. A veces, estos objetivos vagos son aquellos con los que han trabajado en la terapia anterior. Objetivos como "sentirse mejor", "aumentar la autoestima" o "enfrentarse con experiencias anteriores de abusos" son difícilmente abordables.

Los objetivos deben ser a corto plazo, definidos en términos conductuales y medibles. La utilización de gráficos resultantes de los ejercicios de autorregistro para casa, realizados por los pacientes, proporcionan información concreta tanto al terapeuta como al paciente, para analizar el progreso en el cambio de conducta o el estado de ánimo. En el ejemplo indicado anteriormente, si esta paciente estuviera anotando cada vez que

se produjesen autoverbalizaciones negativas, sería capaz de ver que este comportamiento estaría disminuyendo a lo largo del curso de la terapia.

Ejemplo de un caso

Ignacio, un portero de 32 años de edad, fue evaluado por su terapeuta, que halló rasgos de la personalidad esquizotípica, incluyendo una manera excéntrica de vestirse y de hablar y una ansiedad de moderada a grave. Había acudido a tratamiento para afrontar su ansiedad social en el lugar de trabajo, ya que había cambiado del turno de noche al turno de día y ahora se estaba encontrando con mucha más gente. Expresó su objetivo como "adaptarse de forma normal y no sentir temor de la gente". Su terapeuta le ayudó a descomponer estos vagos objetivos en una serie de metas conductuales realistas y a corto plazo. Por ejemplo, un objetivo podría ser "reducir mi ansiedad en el trabajo de 10 sobre 10 a 8 sobre 10 la próxima semana", utilizando técnicas de afrontamiento cognitivas y conductuales específicas (p. ej., autoverbalizaciones de afrontamiento para contrarrestar los miedos paranoides con respecto a que los demás tengan intenciones maliciosas hacia él). El terapeuta y el paciente decidieron mantener un gráfico semanal de los niveles de ansiedad con el fin de observar su progreso. Esto ayudó a Ignacio a tener éxito con la terapia.

25.6.12. *Ser capaz de controlar la ira y el comportamiento impulsivo*

Terapeuta

Pocos pacientes provocan tanto la ira o perturban la ecuanimidad terapéutica como los pacientes con un trastorno de la personalidad. Sus estilos, a veces exigentes, injuriosos, dependientes, ponen a prueba el espíritu del terapeuta. Éste tiene que ser capaz de controlar sus respuestas ante las verbalizaciones o comportamientos del paciente, a menudo airados, despreciativos u hostiles. El terapeuta tiene que darse cuenta también de que no debe traspasar los límites, ya sean profesionales, emocionales, físicos o sexuales. Igualmente tiene que reconocer la antipatía intensa que sienta hacia determinados pacientes, especialmente cuando encuentre que está siendo peyorativo o inflexible con dichos pacientes. Por el contrario, los terapeutas también tienen que identificar a aquellos pacientes que les refuercen su perspectiva sobre sí mismos, como "el mejor terapeuta" o "el único que se preocupa". Esto puede conducir a que los terapeutas se salten las normas, como trabajar un sábado para adaptarse a la agenda del paciente o compartir información personal íntima con el mismo. Es de especial importancia para los terapeutas que trabajan con pacientes que tienen trastornos de la personalidad que modelen el comportamiento adecuado y que mantengan los límites.

El terapeuta tiene que darse cuenta de la contratransferencia y ser capaz de afrontarla. La cuestión que surge cuando el paciente manifiesta ira es si debe responder o no a la misma, o bien expresar verbalizaciones tranquilizadoras aparentemente terapéuticas. Si

el terapeuta no responde al comportamiento que provoca la ira puede que esté reforzando la misma conducta que continúa causando los problemas del paciente en su vida laboral y social.

Paciente

El paciente probablemente haya descubierto que la ira y la hostilidad tienen un efecto sobre los demás. Puede utilizar la ira como una forma de intimidar. La ira puede tener el efecto de establecer un espacio entre el paciente y los demás que sirve de función protectora. En otras circunstancias, la ira puede utilizarse como una "prueba de fuego" con el fin de ver si los demás se preocupan lo suficiente para aguantar el fuego y acercarse. La ira y la hostilidad se han convertido en un método tanto para el control de los otros como para la seguridad y la supervivencia.

El comportamiento impulsivo es una forma de satisfacer la elevada necesidad de activación del paciente, que posiblemente no será satisfecha de otro modo más aceptado socialmente. Tanto la ira como las acciones impulsivas tienen que ser reflejadas hacia el paciente de una manera tan amable y directa como sea posible. Se le tienen que presentar directamente con el objetivo de estimar las ventajas y desventajas de dicho comportamiento. Si los pros de la ira y la impulsividad superan a los contras, entonces el terapeuta se encuentra en una difícil posición para tratar de defender una postura poco defendible. Es entonces un momento de cambiar los objetivos, hasta que el paciente sea capaz de reconocer el impacto negativo de la ira sobre su vida.

Ejemplo de un caso

Ana era una mujer de 48 años de edad diagnosticada con un trastorno límite de la personalidad que tenía una larga historia de terapia ambulatoria con una serie de terapeutas. En el pasado, su respuesta típica a la terapia había sido acudir durante varias semanas, luego enfadarse con el terapeuta por algún pequeño desaire percibido, como no verla en una sesión extra después de pedirlo o hablar con su terapeuta anterior después de haberle firmado una autorización el actual terapeuta para que lo pudiera hacer. Luego, abandonaba la terapia repentinamente, sólo para buscar, a los pocos meses de su siguiente crisis interpersonal en casa, un nuevo terapeuta.

Cuando se vio enfrentado a otro ataque de ira por parte de Ana, su actual terapeuta se dio cuenta del incremento progresivo de su propia ira. Ella estaba insultando a su trabajo, su apariencia, el mobiliario de su sala, su edad y todo lo que podía insultar. La respuesta que inicialmente le surgió fue decirle a Ana que se marchase si estaba tan descontenta. Sin embargo, en vez de reaccionar con ira, recordó que el escaso control sobre la ira era una de las razones por las que Ana estaba en la terapia. En vez actuar de la forma tan impulsiva como se sentía, no permitió que la ira de la paciente le pusiera nervioso o le intimidara, sino que la abordó directamente, sin ceder a sus deseos: "Ana, comprendo que estés enfadada por no haber podido verte esta semana otra vez. Por favor, tranquilízate para que podamos hablar sobre todo esto y entender mejor lo que está pa-

sando...” El terapeuta decidió también buscar la supervisión de un colega con el fin de explorar la posibilidad de estar siendo inflexible de manera innecesaria con esta paciente debido a sus propias emociones negativas hacia ella.

25.6.13. *Adoptar un enfoque de solución de problemas ante las diferentes situaciones*

Terapeuta

Cuando un paciente acude a terapia constituye el primer paso para adoptar un enfoque de solución de problemas ante las situaciones que se le presentan. El requisito psicoeducativo para la terapia con los pacientes con un trastorno de la personalidad se refiere a que una parte importante de la terapia se centre en construir o mejorar las habilidades de solución de problemas, como se señaló anteriormente. A los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo les faltan habilidades de afrontamiento eficaces, especialmente cuando se las ven con el afecto negativo. Estos pacientes suelen dispararse emocionalmente con facilidad, experimentar elevados niveles de activación emocional durante largos períodos de tiempo y tener una lenta vuelta al nivel de línea base emocional. A los pacientes se les deben enseñar estrategias para tolerar la sensación de malestar. Muchos de ellos con trastornos de la personalidad carecen, a menudo, de habilidades para las relaciones interpersonales. Algunos se benefician del entrenamiento en habilidades sociales, incluyendo la representación de papeles y las tareas para casa que fomentan la práctica de sus nuevas habilidades. Existe un amplio abanico con respecto al nivel de funcionamiento en este ámbito por parte de los pacientes con trastornos de la personalidad. A menudo los pacientes manifestarán buenas habilidades interpersonales con el terapeuta, pero éstas no se generalizan a otras personas y en otros lugares.

Paciente

En vez de trabajar desde la intuición o desde las respuestas “emocionales”, el paciente tiene que aprender el método científico. En vez de un patrón constante de conductas estímulo-respuesta, se puede enseñar a los pacientes a: *a)* prestar atención a las señales internas emocionales y cognitivas, *b)* evaluar su percepción, *c)* decidir si merece la pena responder, *d)* identificar posibles respuestas, *e)* elegir una respuesta y *f)* responder.

Debido a su pensamiento dicotòmico (“blanco o negro”), muchos pacientes con trastornos de la personalidad son incapaces de ver opciones para responder a una situación determinada. Habitualmente atribuyen gran importancia a situaciones que son triviales y responden en consecuencia a su atribución. Durante la terapia, se necesita ayudar a los pacientes a considerar diferentes perspectivas o posibilidades en una situación y diferentes opciones de respuesta. Una vez emitida la respuesta, tienen que evaluar cómo se sienten, cómo responden los demás y cómo ha sufrido el impacto su entorno. Con el tiempo, este proceso puede ayudar a los pacientes a realizar mejores elecciones y proporcionarles autorrefuerzo por las respuestas eficaces a las distintas situaciones.

Ejemplo de un caso

Ana, la paciente con un trastorno límite de la personalidad de la que se habló en el ejemplo anterior, necesitaba aprender a: 1) tolerar su ira y malestar, 2) expresar sus deseos y necesidades de forma apropiada y 3) solucionar problemas sobre otras formas de afrontar una semana difícil que no fuesen acudir a terapia para una segunda sesión o realizar sus típicas conductas autolesivas (cortarse por haber bebido). Al discutir su último ataque de ira, el terapeuta modeló la expresión adecuada de ira de la paciente y le envió el mensaje de que la ira no tenía que reprimirse, hasta que forzase su camino hacia el exterior bajo la forma de un ataque explosivo; se podía y se debía abordar directamente. En esta discusión salió a la luz que Ana quería acudir a terapia una segunda vez en la misma semana, porque eso la sacaba de su casa y la alejaba de una situación familiar estresante. La solución de problemas se centró en ayudarla a encontrar otros medios para reducir su estrés, como las actividades alternativas fuera de la casa.

25.6.14. La capacidad de ver problemas en el horizonte y poder cortarles el paso

Terapeuta

El terapeuta tiene que estar atento a los patrones verbales, sociales, conductuales y ambientales del paciente y darse cuenta de las señales que pueden indicar una vuelta a un comportamiento menos adaptativo (p. ej., una vuelta al abuso de sustancias psicoactivas, empezar o terminar una relación o nuevas situaciones en la vida). El terapeuta tiene que ser capaz de tener lo que denominamos con el término "tradar", que es el "radar del terapeuta". Aunque no se espera que ningún terapeuta tenga una bola de cristal para predecir el futuro, debería ser sensible a las señales cognitivas o verbalizadas que podrían presagiar problemas. De igual manera, es necesario que las personas, los lugares y las cosas que han sido en el pasado germen de dificultades sean banderas rojas para el terapeuta en el presente.

El "tradar" tiene que ser capaz de mirar al horizonte para ver los problemas que son potencialmente molestos, peligrosos o dañinos. Cuando el terapeuta y el paciente estén cegados por los conflictos, el movimiento hacia delante de la terapia o la alianza de colaboración recibirán un impacto negativo. Cuando el "tradar" se apaga, el terapeuta tiene que alertar al paciente sobre sus sospechas/preocupaciones.

Paciente

Uno de los factores concomitantes de un trastorno de la personalidad es un estilo autoprotector que puede llevar a una visión de túnel, lo que luego crea manchas ciegas. Las experiencias de la vida que son problemáticas constituyen, a menudo, una sorpresa para el paciente, ya que quizá no esperaba encontrarse de nuevo con estos problemas (al menos no tan pronto). A veces los pacientes repetirán los mismos patrones conductuales y

esperarán resultados diferentes que los obtenidos la última vez. El proceso de terapia tiene que incluir el componente educativo, que hará que las señales sean más visibles e identificables. El terapeuta puede enseñar a los pacientes a reconocer sus propios patrones de conducta y llegar a darse cuenta de las cogniciones y los sentimientos que desencadenan el inicio de las dificultades. Además, el paciente tiene que aprender a intervenir, una vez que reconoce estas señales, para evitar que vuelvan a aparecer los patrones disfuncionales o destructivos del comportamiento.

Ejemplo de un caso

Alberto era un obrero de 39 años de edad cuyo diagnóstico incluía el trastorno antisocial de la personalidad y la dependencia de la cocaína. Había sido condenado por vender cocaína, pero fue puesto en libertad condicional porque se trataba de una cantidad pequeña y era su primer delito. Su patrón típico, desde que cumplió los 20 años, fue conseguir tener un período largo de ausencia del abuso de drogas. Luego, durante un período de mayor estrés en casa o en el trabajo, empezaría a caer en conductas que fueran precursoras de un atracón de cocaína. Éstas incluirían pasar más tiempo en los bares, llegar tarde a casa, dormir en exceso por la mañana, llegar tarde al trabajo, beber más alcohol y pasar más tiempo con amigos que también abusan de las drogas. Su rendimiento en el trabajo disminuiría, sería criticado por su capataz por llegar tarde, él se enfadaría y luego empezaría a faltar algunos días en el trabajo. En este punto, puede que haya consumido cocaína una o dos veces como "entretenimiento". Queriendo evitar la regañina esperada de su terapeuta, se dio cuenta de que estaba pensando en no contarlo en las sesiones de terapia o abandonar ésta, racionalizando que tenía control sobre su consumo de cocaína, que el terapeuta no lo entendería y que no quería "follones". En la sesión, Alberto estaba a la defensiva y se mostraba discutidor. Por ejemplo, al comienzo de una sesión el terapeuta preguntó, "¿Cómo van las cosas?" y la respuesta de Alberto fue, "¿Por qué siempre me pregunta lo mismo? Las cosas van".

La tarea del terapeuta, en este caso, fue ayudar a Alberto a ver que determinados pensamientos y conductas constituyen señales de aviso, y a desarrollar un plan para vérselas con el problema en las primeras fases antes de que se produjese una recaída total. Esto incluía que el terapeuta colocase "recaída" en el esquema de la sesión. Se le preguntó a Alberto si quería volver a ser dependiente de la cocaína. Respondió que eso crearía problemas en casa y con el oficial de vigilancia si le cogían. El terapeuta pidió a Alberto que hiciera una lista de experiencias, personas, situaciones, lugares, pensamientos, emociones, conflictos e impulsos físicos que hubieran conducido en el pasado al consumo de drogas. Le pidió también que predijera cuáles de estos elementos podrían desencadenar otra vez su recaída. A esto le siguió una lista detallada de cosas para hacer. Ésta incluía volver a las reuniones de los alcohólicos anónimos, autoinstrucciones, cuestionar los pensamientos relacionados con las drogas y realizar un análisis coste-beneficio de sus acciones. La pregunta de Alberto fue: "¿ Durante cuánto tiempo tengo que hacer estas cosas?" Tenía en mente que su terapia era una experiencia a corto plazo y que cuando se terminase estaría "curado". Esto era algo que el terapeuta tenía que abordar de una forma continuada.

25.6.15. La capacidad de autovigilarse

Terapeuta

Pocos grupos de pacientes tienen el potencial de elevar la presión sanguínea del terapeuta y estimular reacciones de ira o malestar, como los pacientes con trastornos de la personalidad. Realmente, algunos comportamientos tienen un mayor impacto que otros. El paciente dependiente, debido a su necesidad, puede agotar la paciencia del terapeuta. El estilo de elevada activación del paciente límite o los comportamientos del individuo con un trastorno antisocial de la personalidad pueden ir en dirección opuesta a los códigos morales del terapeuta. Uno se puede imaginar que incluso Carl Rogers habría sido puesto a prueba en profundidad para mantener la consideración positiva incondicional después de haber escuchado algunas cosas sobre las conductas de algunos pacientes. Puede ser difícil que los terapeutas consigan mantener a la persona alejada de lo que ella misma ha hecho.

Los terapeutas tienen que armonizar sus pensamientos y sentimientos. Al trabajar con el paciente con un trastorno de la personalidad, a menudo son predecibles. Así, son típicos los pensamientos como "¿por qué no aprecia todo el tiempo y el trabajo que le estoy dedicando?" y "¿por qué ha vuelto otra vez a esa relación cuando ya hemos discutido la capacidad destructiva de la otra persona?". Alternativamente, el terapeuta no debe ser "inducido" a creer en las perspectivas superidealizadas del paciente del tipo, "usted me entiende como nadie lo ha hecho nunca" y "usted es el mejor terapeuta de la ciudad, del Estado, del país, del mundo, del universo".

Los pacientes con trastornos de la personalidad tienen una reputación negativa en la comunidad terapéutica. Se sabe que provocan reacciones de contratransferencia tanto positivas como negativas en aquellos profesionales que trabajan con ellos. Ha habido investigaciones que sugieren que simplemente la etiqueta de un trastorno de la personalidad provoca respuestas conductuales y afectivas negativas en los profesionales de la salud mental (Fraser y Gallop, 1993; Book, Sadovoy y Silver, 1978; Bongar, Markey y Peterson, 1991). Es importante que los psicólogos clínicos se den cuenta de las reacciones de contratransferencia cuando se encuentran por primera vez pacientes con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, así como durante la terapia, para evitar reforzar los estereotipos peyorativos. Esas reacciones pueden utilizarse de forma positiva en el proceso terapéutico y proporcionar al terapeuta datos importantes sobre las interacciones del paciente con los demás fuera de la terapia.

Si la reacción es de huida, el terapeuta tiene que seguir dándose cuenta de la reacción de contratransferencia. Cuando el terapeuta desarrolla una reacción con más estructura (p. ej., el paciente provoca en el terapeuta una respuesta más poderosa y permanente), tiene que darse cuenta y trabajar para comprenderlo internamente y luego desmantelar la estructura. Al mismo tiempo, tiene que vigilar su contratransferencia, y ser capaz de admitir cuándo el paciente ha captado algún germen de verdad en las acciones o las verbalizaciones del terapeuta.

Paciente

En línea con los puntos señalados anteriormente, el paciente con un trastorno de la personalidad es, con frecuencia, no introspectivo. Tiene que entender, en primer lugar, el valor de aprender a escucharse a sí mismo, a vérselas con el dolor y el malestar que esa introspección podría traer y a desarrollar las habilidades para analizar lo que está pensando y sintiendo. Se le debe enseñar cómo contactar con su diálogo interno, sus respuestas emocionales y sus comportamientos automáticos. Para muchos pacientes, estos elementos tienen la clave de la supervivencia. Ésta podría incluir conductas de dependencia, de apego, de seducción o de evitación.

Es importante que los pacientes entiendan sus propias conductas y la función que desempeñan en sus vidas. Una vez que éstos ganan introspección sobre sus comportamientos, no significa necesariamente que vayan a elegir trabajar para sustituirlos por otros más adaptativos. Si eso fuera así, la terapia sería un proceso mucho más simple. La habilidad de la introspección o del darse cuenta de sí mismo constituye una habilidad sofisticada. La introducción y el desarrollo de esa habilidad puede ser, por sí misma, un objetivo razonable de la terapia.

Ejemplo de un caso

Sandra, la paciente con un trastorno límite de la personalidad descrita en el apartado 25.6.4, continuaba utilizando las hospitalizaciones como medio de escapar o demorar el enfrentamiento con sus problemas en casa. La perspectiva del terapeuta era que, cuando Sandra comprendiese la función de su comportamiento, podría empezar a enfrentarse de forma más activa y solucionar los problemas de su vida. Si continuaba negando que estaba utilizando las hospitalizaciones secuenciales como un modo de evitar los problemas, los asuntos y los conflictos de casa y de su vida personal, probablemente no vería la necesidad de una solución de problemas activa. Fue útil discutir con Sandra que este comportamiento había sido reforzado durante años. Por ejemplo, cuando Sandra estaba en el hospital, fue incapaz de acudir a una cita judicial por un altercado que tuvo con un vecino. La cuestión legal siguió sin ella y fue encontrada culpable, ya que nunca informó a la justicia de su hospitalización. Si lo hubiera hecho, la fecha del juicio podría haber sido pospuesta. Incluso, aunque esta conducta puede ser desadaptativa, permitió a Sandra evitar el enfrentamiento legal, aunque fuera multada. Por medio de la evitación, el comportamiento se refuerza.

El explicar este proceso a Sandra ayudará a eliminar la culpa por su comportamiento, mientras la habilita para trabajar en sustituir esta actitud disfuncional por una más adaptativa. El entender este proceso ayuda también al terapeuta a evitar culpar al paciente o atribuírselo a tortuosos motivos, lo que puede llevar a una reacción de contratransferencia de ira y resentimiento. El terapeuta que trabajase con esta paciente necesitaría vigilar de cerca sus propios pensamientos y sentimientos a lo largo de la terapia.

25.6.16. *La capacidad de vigilar a los demás*

Terapeuta

Los términos como "escucha activa" adquieren un nuevo significado cuando se trabaja con pacientes que tienen un trastorno de la personalidad. El terapeuta debe ser sensible a las señales sutiles, mantener los límites, hacer explícitas las violaciones de éstos y estar dispuesto a resistir el malestar del paciente cuando sus acciones le provocan.

El terapeuta tiene que luchar contra el impulso de etiquetar todo lo que hace el paciente como relacionado con su trastorno de la personalidad. El problema se puede ver en la siguiente anécdota:

Un hombre tiene un neumático pinchado fuera de las rejas de un hospital psiquiátrico estatal. Conforme sigue la técnica prescrita para el cambio de neumáticos, se da cuenta de que hay una persona agitada paseando de un lado a otro dentro de la verja del hospital. Ignora al individuo y continúa cambiando el neumático. Quita los tornillos y los coloca en el tapacubos. Cuando está rodando el nuevo neumático hacia el coche, derriba el tapacubos y los tornillos se caen colándose por una alcantarilla. Murmura un juramento y dice en voz alta sin dirigirse a nadie en particular, "¿Y ahora qué voy a hacer?" El agitado individuo dice: "Coge un tornillo de cada uno de los otros neumáticos y colócalos en ese neumático. Esto te permitirá llegar a la estación de servicio más cercana". El hombre se lo agradece. Conforme realiza las acciones sugeridas, sacude la cabeza en una especie de gesto de incredulidad. Al verlo, el agitado individuo le dice: "¿Por qué está sorprendido por mi sugerencia? Estoy loco, pero no soy estúpido".

Como conclusión se podría afirmar que, al observar a los pacientes, no todo debería filtrarse a través de las lentes del trastorno de la personalidad.

Paciente

Aunque no sean especialmente buenos en el autorregistro, muchos pacientes están extremadamente afinados con respecto a las modificaciones más ligeras por parte de los demás en la expresión de una frase, el tono de voz o el afecto. El terapeuta puede esperar una serie de trampas diseminadas a lo largo de la terapia para pillar al terapeuta y "comprobar" que él es igual que todos los "enemigos" de la vida del paciente. Es esencial que el terapeuta esté dispuesto a enfrentarse a todo lo anterior, incluso si sabe que la explicación de lo que significa podría hacer enfadar al paciente. Teniendo en cuenta su sensibilidad, estos pacientes a menudo reaccionarán en exceso o se comportarán de forma hipersensible. Algo interesante es que pueden pasar por alto señales obvias, como el lenguaje corporal, o afirmaciones directas por parte de los demás sobre el malestar, el fastidio o la frustración que les provoca el paciente.

El sujeto con un trastorno de la personalidad a menudo ha clasificado en categorías a todo el mundo. Así, puede ser un "yo" contra "ellos" o una clasificación en personas, organismos, instituciones o situaciones "buenos" o "malos". El paciente responderá, entonces, a esos estereotipos de un modo automático. Esto se debe cambiar por una evaluación más individualizada en función de cada caso particular.

Ejemplo de un caso

Marcos, a quien su terapeuta le evaluó como poseedor de los rasgos de un trastorno paranoide de la personalidad, era un paciente de 18 años, de raza negra, que solía ver a la mayoría de las instituciones y a la gente con autoridad como claramente prejuiciosas con él debido a su color de piel, incluso cuando los hechos no apoyaban esta perspectiva. Algunos días, esta evaluación negativa de la autoridad incluía a su terapeuta (que casualmente era de raza blanca), pero otros parecía que se llevaba bien con él. En este caso, el terapeuta podría atender cuidadosamente a su diálogo para ver si hay algunas frases o temas que son desencadenantes de los pensamientos negativos del paciente. Igualmente, éste necesita ayuda para evaluar cada situación caso a caso, basándose en la evidencia real en vez de hacerlo en sus suposiciones injustamente negativas sobre cómo funciona el mundo.

25.6.17. *Ser capaz de utilizar las tareas para casa como un importante instrumento terapéutico*

Terapeuta

Cuando finalmente acaba la terapia, todo es tarea para casa. La terapia no puede tener lugar únicamente una (o varias) horas a la semana en la sala de terapia o en el centro clínico. Es esencial que el terapeuta sea habilidoso en el uso de tareas para casa que sean relevantes, productivas y útiles para trasladar la terapia. Éstas deben acordarse con el paciente y salir de forma natural del material de la sesión. El terapeuta tiene que estar seguro de que las habilidades de las tareas para casa son adecuadas con el fin de aumentar la probabilidad de éxito de dichas tareas. Cualquier tarea para casa que se utilice debe analizarse o discutirse en la siguiente sesión. Cada una de ellas debería estar basada en la práctica de las nuevas habilidades aprendidas en la sesión, registrando estados de ánimo y pensamientos automáticos, planificar actividades prácticas y programar condiciones placenteras.

Paciente

Se tiene que socializar al paciente en las tareas para casa muy pronto en la terapia. Esto puede percibirlo como que el terapeuta no quiere hacer todo lo que es necesario en la sesión de terapia. Estas tareas tienen que verse como una parte de la colaboración y como un requisito para el éxito de la terapia. El terapeuta debería retrotraerse al acuerdo original de las tareas para casa como una parte de la terapia y que será necesario que el paciente las realice para permanecer en el tratamiento. Tiene que proporcionarse una explicación razonada para cada asignación de tareas, y el terapeuta tiene que asegurarse de que el paciente lo entiende. El hacer dichas tares no es negociable y el terapeuta no debería pasar un tiempo significativo en la sesión discutiendo este aspecto. El paciente

puede utilizar este punto de desacuerdo como una táctica para evitar afrontar otros temas o como una forma de tomar el control de la sesión de terapia. Lo mejor es ser muy claro al comienzo del tratamiento sobre esta cuestión.

Ejemplo de un caso

Enrique era un estudiante universitario de 21 años de edad que había sido tratado por los problemas causados por su trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, incluyendo el perfeccionismo extremo. Una de sus tareas iniciales para casa era registrar su estado de ánimo y sus pensamientos automáticos cuando intentaba terminar un trabajo para la clase. De esta forma, el terapeuta esperaba conseguir una idea más clara de las suposiciones y pensamientos específicos, del tipo "si el curso perfecto de acción no está claro, es mejor no hacer nada" (Beck y Freeman, 1990, p. 316), que podrían cuestionarse por medio de la evidencia y reestructurarse hacia un pensamiento más adaptativo. Más tarde, en el curso del tratamiento, se planificó que las tareas para casa incluirían el cuestionamiento, por parte de Enrique, de sus propios pensamientos distorsionados, utilizando las habilidades aprendidas en la terapia, de modo que, cuando terminase, sería capaz de realizar el proceso entero sin asistencia del terapeuta.

25.6.18. Adquirir las habilidades para afrontar la ansiedad que surge en la terapia

Terapeuta

La ansiedad que surge en la terapia es doble para el terapeuta. En primer lugar, se encuentra la ansiedad de pedir al paciente que se enfrente y analice ideas y acciones de su pasado y de su presente sobre su modo de sobrevivir. Esta petición puede encontrarse con la resistencia del mismo. En consecuencia, la segunda fuente de ansiedad son los temores del terapeuta con respecto a la responsabilidad de trabajar con un paciente potencialmente autolesivo. Cuando se trabaja con el paciente con un trastorno de la personalidad existe un temor legítimo a los pleitos, un miedo por posibles daños al terapeuta y un temor de que el paciente se suicide. Los terapeutas que se encuentran en estas circunstancias, deberían buscar apoyo y mantener sus ansiedades a un nivel realista y controladas.

Paciente

El paciente tiene que estar informado de que probablemente estará ansioso conforme trabaja hacia el cambio. La ansiedad está relacionada con asuntos de amenaza. Específicamente, la amenaza a su capacidad percibida para sobrevivir. Es esencial ayudar al paciente a permanecer y enfrentarse a la ansiedad, en vez de huir de la terapia o regresar a acciones, relaciones o lugares familiares y destructivos. Se ha sugerido que algunos tipos de pacientes con trastornos de la personalidad tienen fobia a las emociones (Linehan, 1993a).

El paciente evitará vérselas con el afecto negativo de forma muy parecida a una persona con fobia a las multitudes que evita ir al centro comercial. Esta evitación puede verse durante las sesiones de terapia cuando los pacientes cambian de tema, intentan distraer al terapeuta de la discusión que está teniendo lugar o se callan y se niegan a responder. Esta evitación-ansiedad tiene que discutirse con el paciente y, por consiguiente, un componente de la terapia es la desensibilización de éste ante el afecto negativo de un modo sistemático, paso a paso.

Ejemplo de un caso

Pilar, la paciente con un trastorno límite de la personalidad descrito en el apartado 25.6.9, que a veces se había quemado con cigarrillos cuando se encontraba emocionalmente perturbada, tenía una tendencia a abandonar la terapia prematuramente cuando se sentía demasiado presionada para detener su conducta. Aunque expresaba un deseo de dejar de autolesionarse, su ansiedad aumentaba cuando pensaba en abandonar esta eficaz, aunque muy desadaptativa, estrategia de afrontamiento de paralizar sus emociones. Después de uno de esos episodios en los que se quemaba, al intentar el terapeuta discutir con la paciente lo que había sucedido, Pilar se encogió de hombros y, desdeñosamente, dijo, "No lo sé". El terapeuta comentó sobre este comportamiento evasivo, describiéndolo en términos de ansiedad y el deseo comprensible de la paciente de evitar sentirse ansiosa. Le aseguró también que era posible encontrar formas alternativas de afrontar la ansiedad que no tendrían como consecuencia la autolesión. Luego, continuó sondeando sistemáticamente la información sobre el incidente de la quemadura.

25.6.19. *La capacidad y la voluntad de establecer y mantener límites*

Terapeuta

El establecimiento de límites es una espada de doble filo. Coloca al terapeuta como la autoridad, la figura parental, un compañero más igualitario en la colaboración terapéutica y alguien que se niega a mezclarse con el paciente necesitado. El otro filo de la espada es que constituye una parte necesaria de la terapia. Modela una forma de respuesta que puede ser extraña para el paciente con un trastorno de la personalidad. Se utiliza para mezclarse casi inmediatamente con los demás, para bien o para mal.

Una vez establecidos, los límites no pueden cambiarse sin una discusión. Sin embargo, el terapeuta tiene que ser el árbitro final de esos límites. Los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo son habilidosos en sus intentos de hacer que los terapeutas traspasen los límites terapéuticos. Éstos deben darse cuenta de sus propias "fantasías de rescate", de una autorrevelación excesiva y de ofrecer tratamiento especial a los pacientes, tal y como se ha señalado a lo largo de este capítulo.

Paciente

Se tiene que educar al paciente en cuanto al propósito de los límites y se le ha de informar con exactitud de cuáles son (p. ej., momentos para las llamadas telefónicas, límites del contacto físico o la accesibilidad de la información personal del terapeuta). Los pacientes pueden haber tenido la experiencia de terapeutas anteriores que no establecían o no mantenían límites claros. Pueden pensar que el terapeuta está siendo insensible o rígido y puede que no entiendan su posición. Es probable que el paciente ponga a prueba los límites terapéuticos y puede que, en el pasado, haya tenido éxito en desgastar a un terapeuta.

Ejemplo de un caso

La doctora García creía en el establecimiento de límites en la terapia, aunque no lo discutía específicamente con sus pacientes. Sergio, un paciente con un trastorno de la personalidad por dependencia, estaba teniendo una sesión especialmente difícil y, al final, le dio un abrazo a la doctora García. Aunque la doctora se sintió incómoda con el abrazo, no dijo nada. Esto se convirtió en el ritual final de todas las sesiones. La doctora García pensaba que el abrazo simbolizaba confianza y colaboración terapéutica. Más tarde, en la terapia, se descubrió que el abrazo simbolizaba intimidad para Sergio, un rol inapropiado para la doctora García. Si ésta hubiera propuesto algunos límites desde el comienzo de la terapia, esta situación no habría tenido lugar. El aclarar los límites sirve para evitar percepciones diferentes de los acontecimientos, como se ha ilustrado en la historia anterior.

25.6.20. *La capacidad y la voluntad de buscar ayuda cuando se necesita*

Terapeuta

El terapeuta tiene que conocer sus propios límites. La utilización de un grupo de colegas para la supervisión es un requisito de la terapia dialéctica conductual de Linehan para los pacientes con un trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993a). Es mucho mejor buscar ayuda que terminar como un curador herido. La supervisión por los colegas debería incorporarse en la agenda de los terapeutas cuando trabajan con pacientes que tienen un trastorno de la personalidad. Esto les ayudaría a permanecer orientados a la realidad, procesar la contratransferencia, buscar asesoramiento objetivo y disminuir la posibilidad de que lleguen a "quemarse".

Paciente

El paciente tiene que darse cuenta de las señales que indican peligro, como se dijo anteriormente. Tiene que estar dispuesto a llamar al terapeuta al primer indicio de problemas, en vez de hacerlo cuando están profundamente enredados con dificultades y la lla-

mada la hace desde el servicio local de urgencias. Se le debe enseñar al paciente a que reconozca sus señales a través de un análisis conductual de la cadena de acontecimientos que conducen a una crisis específica. El paciente y el terapeuta pueden colaborar para identificar en qué puntos el primero podría llevar a cabo una elección o un curso de acción diferente. Se le tiene que enseñar al paciente que el buscar ayuda después de una crisis refuerza la indefensión y la necesidad de ser rescatado, en cuanto que es lo opuesto a estar facultado como un solucionador de problemas activo. Este es un punto importante que se ha de subrayar en la terapia si se tiene que realizar un cambio conductual.

Ejemplo de un caso

La doctora García, del ejemplo anterior, se daba cuenta de su malestar con el contacto físico del paciente al final de cada sesión, pero no estaba segura de si debería abordar (y cómo) esta cuestión, sin crear una fisura perturbadora en el ambiente terapéutico. Buscó la supervisión de otros colegas, con el fin de ayudar a determinar el curso de la acción, incluso aunque le resultara incómodo hacerlo.

2.5.7. Conclusión

Los terapeutas que trabajan con pacientes que tienen trastornos de la personalidad encuentran que su trabajo a veces es frustrante, desafiante, agotador, excitante y reforzante. Esto es paralelo a cómo el paciente siente la terapia. El presente capítulo ha bosquejado algunos retos específicos tanto para el terapeuta como para el paciente y proporciona ejemplos de casos con el fin de ofrecer algunas sugerencias para manejarlas con eficacia durante el tratamiento. A menudo los terapeutas pueden tener miedo de admitir que están paralizados en la terapia o que no han realizado el progreso que esperaban con un paciente que tiene un trastorno de la personalidad. El darse cuenta de las similitudes en las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas entre los terapeutas y los pacientes puede ayudar a fortalecer la alianza terapéutica y convertirse en el punto de inicio para mejorar los resultados de la terapia.

26

Psicoterapia sinèrgica: más allá de las formas contemporáneas de psicoterapia

Roger D. Davis, Theodore Millon y Sarah Meaghero
Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Florida (Estados Unidos)

26.1. Introducción

Hoy día son las fuerzas económicas, no los avances teóricos ni la investigación empírica, lo que cada vez determina más la dirección de los progresos en psicoterapia. Mientras que los tiempos actuales continúan presenciando una explosión en el número global de terapias, las intervenciones breves van en aumento. Los defensores alegan conseguir un mayor progreso en menos tiempo, por medio de la selección de pacientes y la estructura y especificidad terapéuticas, que las terapias a largo plazo del pasado. Además, estas terapias breves a menudo son de naturaleza ecléctica, aprovechándose de herramientas elegidas de cualquier enfoque terapéutico que pueda ser útil. Indudablemente, el énfasis sobre las terapias breves ha tenido ciertos beneficios. En especial, el interés en la eficiencia ha llevado al desarrollo de nuevas terapias despojadas de la excesiva, impenetrable y, a menudo, tautológica jerga psicológica de un pasado dogmático y orientado hacia alguna escuela.

Pero también hay aspectos negativos. Estas terapias breves, eclécticas, superficiales y, necesariamente, más cognitivo-conductuales y operativas van contra la naturaleza de la personalidad de diversos modos. En especial, las terapias breves suelen tratar sólo variables que pueden ser abordadas teniendo en cuenta las limitaciones económicas. Así, giran en torno a niveles de análisis que favorecen lo que es notorio y especificable. Mientras que los trastornos del Eje I son necesariamente sintomáticos por naturaleza y, por consiguiente, están presumiblemente sujetos a intervenciones más focales y breves, la personalidad se define, de forma específica, como aquello que es duradero, enraizado y re-

---

Capítulo traducido por V. E. Caballo.

sistente, de forma activa, a las influencias externas. Las condiciones del Eje I se expresan como síntomas, mientras que las condiciones del Eje II lo hacen como disposiciones. Para tratar un trastorno de la personalidad hay que pelearse con el lastre de toda una vida, intentar corregir un trastorno del desarrollo de la persona global, producido y perpetuado a lo largo de muchos años de funcionamiento. Ciertamente es mucho más fácil, tanto para el paciente como para el terapeuta, si el foco de la terapia gira exclusivamente alrededor de síntomas. Éstos son notorios, tanto para el terapeuta como para el sujeto, y los pacientes se encuentran normalmente motivados para conseguir aliviar los síntomas. Por el contrario, las disposiciones de personalidad reflejan sólo un potencial para el comportamiento y, habitualmente, se experimentan por el sujeto como parte esencial de lo que ellos son. Para abordar rasgos particulares, de los que el sujeto puede tener sólo un conocimiento limitado, el foco de la terapia necesita, a menudo, mucho más tiempo que el que las terapias breves pueden ofrecer.

Las teorías en psicoterapia se parecen mucho a las teorías que se dan en otros ámbitos de la psicología. Al igual que los viejos generales (véase Meehl, 1978), nunca mueren realmente por medio de la falsación en el campo de batalla experimental, sino que se van desvaneciendo lentamente conforme el entusiasmo inicial cede a la decepción. La psicoterapia de los trastornos de la personalidad se encuentra en el umbral de un nuevo ciclo de innovación y decepción, no porque nuestras metodologías sean demasiado débiles, sino debido a contradicciones intrínsecas entre la terapia, tal y como se practica ahora, y la naturaleza de la personalidad y sus trastornos. Así, el objetivo de este artículo es, principalmente, de naturaleza teórica. Las intervenciones específicas que podrían ser apropiadas para una personalidad narcisista o antisocial no son nuestro objetivo. Los dos primeros apartados de este capítulo presentan y critican los principales movimientos contemporáneas en psicoterapia, como pueden ser la terapia breve, la terapia ecléctica y el enfoque de los factores comunes. Luego, pasaremos a una discusión de las propiedades sintetizadoras de la personalidad como constructo y la compararemos con las perspectivas parciales del pasado orientado hacia las escuelas y con los modelos léxicos de rasgo. Más tarde, presentaremos una teoría evolucionista de la personalidad y sus trastornos. Finalmente, se discute la psicoterapia sinèrgica como una consecuencia natural del constructo de la personalidad y se presentan algunas barreras a esta psicoterapia, principalmente las deficiencias en el contenido de los criterios del Eje II del DSM-IV-TR (APA, 2000) y su falta de coordinación con la teoría.

26.2. Orientaciones contemporáneas

El pasado de la psicoterapia consta de varias escuelas: psicoanalítica, conductual, cognitiva, biológica, etc. El pertenecer a una implica ser excluido de todas las demás. En vez de adaptar la terapia al paciente, los clínicos adaptan al paciente a su propio dogmatismo particular. Como se podría imaginar, este enfoque es, en gran medida, un fracaso. En parte, los vocabularios científicos de las distintas escuelas se mostraron inconmensurables, produciendo muchas perspectivas diferentes sobre el mismo problema, pero poco diálogo mu-

tuo. La escuela conductual, por ejemplo, negaba la existencia de una entidad llamada mente y mantenía que la terapia debería llevarse a cabo a través de los principios del refuerzo clásico y operante. En contraste directo, la escuela psicodinàmica mantiene que el comportamiento observable refleja la expresión manifiesta de motivaciones latentes, reprimidas o transformadas que se infiltran, desde sus orígenes, en una naturaleza más profunda y biológicamente instintiva. En una época en la que reinan las lealtades, los acólitos de un teórico específico estaban condenados a mantener una visión parcial de la persona total. El pasado, orientado hacia las escuelas, forma un importante punto de referencia al que volveremos de nuevo una y otra vez. Sin embargo, hoy día, la psicoterapia se caracteriza por un grado mucho mayor de pluralismo. Más adelante revisaremos las principales orientaciones y, muy brevemente, nos detendremos en sus más destacados pensadores.

26.2.1. *La terapia breve*

Los tiempos modernos han visto el desarrollo de una especie completa de terapias denominadas "terapias breves", que parecen cumplir su papel tanto como los enfoques del pasado. Algunos ejemplos incluyen el "Enfoque Centrado" *(Focused Approach)* de Malan (1963, 1980), la "Filosofía de Corto Plazo" *(Short-Term Philosophy)* de Wolberg (1965, 1980), el "Modelo de Emergencia" *(Emergency Model)* de Beliak (Beliak y Small, 1978), el "Enfoque Provocador de Ansiedad" *(Anxiety-Provoking Approach)* de Sifneos (1967, 1968, 1972), el "Modelo Provocador" *(Provocative Model)* de Farrelly (Farrelly y Brandsma, 1974), el "Enfoque Confrontativo" *(Confrontational Approach)* de Davanloo (1978, 1980), la "Terapia de Grupo Experiencial" *(Experiential Group Therapy)* de Budman (Budman, 1981; Budman y Gurman, 1988), la "Terapia Planificada de una Sola Sesión" *(Planned Single Session Therapy)* de Bloom (1981, 1992) y el "Enfoque Breve de la Personalidad" *(Brief Personality Approach)* de Horowitz (Horowitz *et al,* 1984). Todas comparten ciertas características comunes: no se definen tanto por las propiedades sustantivas de la terapia como por el intervalo de tiempo en el que se practica la misma. El deseo es estructurar la terapia de modo que se haga algo. De acuerdo con esto, el terapeuta suele ser más directivo, mientras que se espera que el paciente adopte un papel más activo en el tratamiento. Cualesquiera que sean los temas de los que se hable, habitualmente se hacen explícitos y se especifican a todas las partes. Se puede hacer un "contrato" terapéutico. Si la terapia se atasca, se pueden utilizar técnicas provocadoras de ansiedad para conseguir que las cosas vuelvan a funcionar de nuevo. Aunque la terapia breve descansa en alguna teoría que la guía, busca, principalmente, adaptar las técnicas de una perspectiva particular al marco de tiempo preferido por los límites económicos contemporáneos.

26.2.2. *El enfoque de los factores comunes*

Mientras que el eclecticismo empírico, que se verá posteriormente, enfatiza la coordinación de los *diferentes* enfoques de terapia, el movimiento conocido como factores comu-

nes intenta identificar *similitudes* que abarquen varias terapias. El objetivo esencial del enfoque de los factores comunes consiste en descubrir los elementos de tratamiento común asociados, especialmente, con los resultados positivos. A los entusiastas de los factores comunes les gusta señalar que la mayoría de las psicoterapias parecen ser igual de eficaces. Frank (1961, 1968, 1984) sugirió una serie de componentes comunes, incluyendo la honradez, la competencia y el nivel de cuidado por parte del terapeuta, como los elementos fundamentales de la psicoterapia eficaz. Son también importantes el activar la esperanza, animar al cambio de conductas, estimular la activación emocional, fomentar nuevas formas de comprenderse a sí mismo y la introducción de experiencias emocionales correctoras. De igual manera, Frank hipotetizó que todas las terapias deben enfrentarse a la "desmoralización" de los pacientes, en especial a la pérdida de autoestima y a los sentimientos subjetivos de incompetencia, de hostilidad y de desamparo. En consistencia con este tema principal de persuasión y curación, Frank afirmó que todas las terapias pueden ser igual de eficaces a la hora de restaurar la moral del paciente, aunque empleen diferentes maneras de hacerlo. Esos "factores comunes" son extrateóricos, y se aplican con la misma intensidad a cualquier enfoque teórico (Millon, Meagher y Grossman, 2001).

En la época contemporánea, el número de factores comunes se ha multiplicado notablemente. Garfield (1957) señala que el tratamiento empieza cuando un individuo experimenta un grado de malestar suficiente para llevarle a la consulta de un terapeuta. Así, todas las formas de psicoterapia tienen en común un individuo perturbado que busca ayuda. Además, se hace el intento de localizar a un terapeuta, percibido como un agente socialmente reconocido, que tiene capacidad parar curar. A los pacientes se les da, en todos los lugares, la oportunidad de comunicarle al "agente que cura" sus dificultades, confiarle asuntos personales y descargar de forma catártica aquellos pensamientos y sentimientos que han sido molestos y confusos. A su vez, el terapeuta muestra una atención interesada y puede hacer preguntas o buscar explicaciones de lo que se ha presentado. Cada paciente desarrolla una relación con el terapeuta. La mayoría de esas relaciones que duran más de una o dos sesiones son, básicamente, buenas alianzas, en las que hay un nivel razonable de confianza y respeto mutuo. El paciente tiene la oportunidad de volver a pensar en sus imágenes sobre sí mismo y la situación, obteniendo esperanza y una medida de la realidad, en virtud de una sensación de incremento de la competencia y de la buena suerte. Finalmente, la mayoría de los terapeutas creen en la utilidad y la eficacia de la forma de terapia que practican y esta perspectiva positiva se transmite al paciente, fortaleciendo la convicción de éste de que esa terapia específica demostrará ser la mejor para esta búsqueda de curación.

Marvin Goldfried comenzó su carrera como terapeuta de conducta. Sin embargo, allá por los años setenta, Goldfried (1971) empezó a cuestionar la adecuación de los enfoques conductuales de la terapia y a defender la inclusión de los procesos cognitivos tanto en la conceptualización como en la puesta en práctica de la psicoterapia. Al principio de los años ochenta, Goldfried (1980, 1991; Goldfried y Padawer, 1982) había sugerido que la idea de los factores comunes podría contemplarse como un nivel de abstracción intermedio entre las teorías amplias y las técnicas específicas. Denominó a este nivel intermedio como "estrategias clínicas". Se propusieron dos estrategias básicas para todas las terapias.

En primer lugar, los pacientes deberían implicarse en experiencias nuevas y potencialmente correctoras. En segundo lugar, los pacientes deberían recibir retroalimentación directa, de modo que se les "ayude a que se den más cuenta de lo que hacen y no hacen, de lo que piensan y no piensan, y de lo que sienten y no sienten en las distintas situaciones" (1980, p. 992). Tratando de identificar elementos comunes y únicos en diferentes enfoques terapéuticos, Goldfried ha centrado cada vez más sus esfuerzos en el proceso de retroalimentación y en sistemas de codificación por medio de los cuales se mide dicha retroalimentación. Goldfried ha identificado una serie de otras similitudes que caracteriza a un nivel intermedio de abstracción entre los factores comunes. Al igual que el trabajo de Frank (1961), señala a la expectativa de que la terapia pueda ser de utilidad. En línea con las ideas de Garfield, considera básica la mera participación en una relación terapéutica. Finalmente, indica la posibilidad de obtener una perspectiva externa de uno mismo y del mundo y la oportunidad de poner a prueba una y otra vez la realidad.

26.2.3. *El eclecticismo técnico*

En las últimas décadas, cada vez más clínicos han reaccionado contra el pasado orientado hacia las escuelas y se identifican a sí mismos como eclécticos. Los instrumentos y las técnicas se han tomado prestados de donde fuera necesario para llevar a cabo un tratamiento eficaz. El eclecticismo se ve, generalmente, como algo liberal con respecto a las distintas formas de investigación y se centra en lo que realmente ayuda a la gente. Ciertamente, es difícil no estar de acuerdo con esas virtudes humanitarias. Por el contrario, las formas de psicoterapia orientadas hacia las escuelas dictan la perspectiva desde la que se han de conceptualizar los casos y, a menudo, determinan las técnicas específicas que pueden también emplearse en la terapia. Casi todo el mundo estaría de acuerdo en que la terapia debería ser adaptada al paciente y no el paciente a la terapia. El eclecticismo es, de esta manera, un paso de gigante hacia adelante. Seguidamente se revisan algunas de las formas más populares de este eclecticismo.

Entrenado inicialmente como terapeuta de conducta, Arnold Lazarus llegó a la conclusión de que los clínicos deberían emplear técnicas provenientes de una variedad de sistemas terapéuticos, sin aceptar necesariamente la orientación teórica con la que estuvieran asociadas (Lazarus, 1973, 1976, 1981). Alegando sobre la importancia de una evaluación psicológica completa como preludio de la intervención, Lazarus desarrolló un esquema de siete puntos para evaluar las dificultades del paciente. Denominado BASIC ID, incluyó en orden los siguientes factores: la conducta *(Behavior),* el afecto *(Affect),* las sensaciones *(Sensation),* la imaginación *(Imagery),* la cognición *(Cognition),* las relaciones interpersonales *(Interpersonal relationships) y* la biología (inicialmente descrita como drogas, *Drugs).* Lo mismo que sucede con otros pensadores eclécticos de hoy día, Lazarus enfatiza la adaptación de las técnicas de tratamiento a los problemas del paciente. Algo aún más importante, se deberían seleccionar los tratamientos sobre la base de las pruebas empíricas actuales que apoyen su eficacia. Sin embargo, Lazarus reconoció que la mayoría de los clínicos emplean algún tipo de directrices teóricas para orientar sus eleccio-

nes y decisiones en el tratamiento, basando, entonces, su propia orientación en una especie de síntesis de aprendizaje social, comunicaciones *y* sistemas generales. Más tarde, su preferencia inicial por las modalidades conductuales se amplió para incluir a las terapias cognitivas.

Desarrollando un modelo ecléctico, en algunos aspectos similar al de Lazarus, Larry Beutler (1979, 1981, 1983, 1991) ha organizado un eclecticismo muy amplio y de orientación empírica, enfatizando la especificidad del tratamiento y el emparejamiento de las técnicas con la persona y el problema. Sin embargo, subraya también que el resultado de la psicoterapia es la consecuencia de muchos factores distintos a lo que serían las técnicas específicas de tratamiento. Beutler y Clarkin (1990) incluyen variables tales como la apariencia del terapeuta, la personalidad del paciente y la historia pasada, así como otros aspectos específicos e interactivos de los métodos de tratamiento. Sin embargo, al contrario que otros eclécticos con orientación empírica, Beutler (1986) señala que el número y la diversidad de las variables y las interacciones entre paciente, terapeuta, situación, historia pasada y problemas actuales es tan vasto, en potencia, que la teoría proporciona una guía útil en la selectividad terapéutica. De este modo, el eclecticismo llega a ser más un conjunto de observaciones empíricas que de constructos explicativos.

26.3. La evaluación de las orientaciones contemporáneas en psicoterapia

Las orientaciones contemporáneas vistas anteriormente comparten dos fallos comunes cuando se aplican a los trastornos de la personalidad. En primer lugar, ningún enfoque reconoce adecuadamente las propiedades sintéticas formales de la personalidad y cómo ésta ayuda a la práctica de la psicoterapia. En segundo lugar, aunque cada enfoque constituye un avance con respecto al dogmatismo de las psicoterapias pasadas, ninguna de las perspectivas desarrolla una posición teórica que pudiera permitir la comprensión de los trastornos de la personalidad en términos de su naturaleza sustantiva. En el desarrollo de los movimientos contemporáneos descritos anteriormente, puede verse reflejada la falta de una taxonomía generada de forma teórica para el Eje II.

26.3.1. *La terapia breve*

Un corolario de la ley de Murphy ("Si alguna cosa puede salir mal saldrá mal") afirma que "El trabajo se expande hasta absorber la cantidad de tiempo dedicada a él". Después de renunciar a la hipnosis como una técnica importante de tratamiento analítico, Freud trató varios casos con un diagnóstico rápido y una solución que interpretaba los conflictos inconscientes. Los síntomas del director de orquesta Bruno Walter los trató en seis sesiones, mientras que los del compositor Gustav Mahler requirieron sólo cuatro. Sin embargo, al no existir límites con respecto a su duración, el tratamiento psicoanalítico pasó a expandirse hasta llenar el espacio de muchos años. Con el surgimiento del tratamiento concertado, hoy día se requiere que los psicoterapeutas hagan mucho más en un menor período de tiempo. En Estados Unidos, este clima ha puesto un nuevo énfasis en

la eficiencia de la terapia y ha llevado al desarrollo de una serie de tratamientos breves *y* a corto plazo, como los indicados anteriormente. Se podrían incluir también otras terapias específicas de trastornos concretos. Desgraciadamente, aunque estas terapias comparten entre ellas una serie de "factores comunes", el único factor unificador es su énfasis en la duración de la terapia, no en su contenido. Es decir, la terapia debería continuar tanto como fuese necesario. Ni más ni menos. Aunque los factores económicos podrían claramente determinar la duración de la terapia, debido a la imposibilidad de seguir pagando, no pueden determinar cómo debería practicarse idealmente ésta o cuánto debería durar.

Aún peor, sería difícil especificar las "reglas de finalización" de la terapia breve de los trastornos de la personalidad en ausencia de un modelo teórico sólido. En el DSM-IV, los trastornos de la personalidad se diagnostican de modo categorial de acuerdo con el denominado modelo médico (Millon *et al.,* 2001). En efecto, están considerados como entidades de enfermedad médica. Sin embargo, el concepto de enfermedad es impreciso *y* tautológicamente problemático *y,* a menudo, inspirado más en factores sociales que en factores científicos. El concepto de anormal no puede definirse de forma objetiva, incluso para los trastornos del Eje I, que se supone que están más circunscritos en términos de sus antecedentes causales que los del Eje II. Si el concepto de enfermedad es problemático *y* limitado, desde una posición paradigmática, entonces también lo es su tratamiento. Ilustrémoslo: en la perspectiva psicodinàmica, se considera que los seres humanos se encuentran, de forma inevitable *y* perpetua, a merced de fuerzas internas, en conflicto con presiones externas. Aquí, la terapia con éxito pasó de las patologías profundamente individualizadas a la genérica "psicopatología de la vida cotidiana", la denominada situación humana. Sin embargo, desde una perspectiva humanista, la terapia con éxito significa autorrealización, incluyendo la posibilidad de una existencia libre de conflictos. Estas visiones del mundo influyen obviamente sobre la idea de la curación que, a su vez, influye sobre las ideas relativas a la finalización de la terapia. Por ejemplo, el crecimiento personal es siempre posible desde la orientación humanista. Como consecuencia, el terapeuta puede convertirse en un guía no directivo, permitiendo, a veces, a los pacientes que "encuentren su propio camino". Por el contrario, al menos en el mundo comparativo del tratamiento concertado, donde los recursos son limitados y la mayoría de los problemas psicológicos se despachan como si fueran demasiado difuminados y probabilistas para ser tratados, la terapia misma comienza a parecerse a las vidas de aquellos que son tratados, como si fuera torpe, tosca y claramente escasa. La terapia se termina cuando se acaba el dinero. Al menos en Estados Unidos, éste es el *status quo* de la terapia de tipo concertado.

Además, el construir formas de terapia para que encajen en cualquiera que sea el período breve de tiempo que se asigne al tratamiento, conduce a más problemas cuando está por medio la personalidad. Seguidamente los mencionamos. En primer lugar, las terapias breves suelen preocuparse sólo del problema por el que el paciente acude a terapia. Su objetivo es la solución de las dificultades inmediatas y la vuelta del paciente al mundo real. Por el contrario, los trastornos de la personalidad, por definición, crean una vulnerabilidad psicológica que no sólo predispone al individuo al desarrollo de síndromes clínicos más extremos, sino que complican también el curso de esas patologías una vez

que existen. Como sabe todo clínico, un paciente deprimido con un trastorno de la personalidad es mucho más difícil de tratar que otro sin ese trastorno. Al igual que la personalidad se mantiene a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, los trastornos de la personalidad crean una vulnerabilidad a otras psicopatologías que es duradera a lo largo del tiempo *y* se generaliza a través de las situaciones. Lejos de ser algo anecdótico, esta conclusión se basa en la lógica teórica (Millon, 1969, 1990; Millon *y* Davis, 1996, 2000) y en hechos empíricos (Roth y Fonagy, 1996). Además, se encuentra implícita en la base multiaxial sobre la que se ha construido el mismo DSM. ¿Qué alimenta esta vulnerabilidad? La tendencia de las terapias breves a centrarse exclusivamente en el problema inmediato más grave fomenta una atención únicamente en los problemas que son manifiestos y fácilmente operacionalizables. Así, por su naturaleza, la terapia breve tiende a las intervenciones cognitivo-conductuales. Como discutiremos más adelante, la personalidad se compone de muchos ámbitos interactuantes de variables funcionales y estructurales, tal y como se manifiesta en su capacidad para reproducir antiguos problemas una y otra vez. Para optimizar los resultados, las terapias breves de la personalidad deben empezar con formas de terapia que caracterizan a múltiples intervenciones que resultan ser más que la suma de sus partes, al igual que la personalidad es más que la suma de sus partes. Estas formas de terapia, que se detallan más adelante en este capítulo, tienen una eficacia emergente que se parece a la tenacidad de la personalidad misma. Es decir, de hecho no es nada más que un desarrollo lógico de la vieja idea de emparejar los tratamientos con los pacientes, aplicada no al contenido de los problemas de los mismos —una terapia conductual para un problema conductual, una terapia psicodinámica para un problema psicodinámico- sino a su forma.

26.3.2. *El enfoque de los factores comunes*

Los entusiastas de los factores comunes buscan elementos que sean comunes para todas las psicoterapias que tengan éxito. En sí mismo, éste es un comienzo loable. Sin embargo, es dudoso que llegue a aislarse un único grupo necesario y suficiente de características con el que concuerden todos los terapeutas. Más probable es la idea de que una psicoterapia con éxito forme un prototipo para el que varias psicoterapias proporcionen, en algún grado, pruebas en su apoyo.

Una de las ideas que ha motivado el trabajo en este ámbito es el hallazgo empírico de que la mayoría de las terapias son igual de eficaces, aunque algunas de ellas puedan tener, de hecho, algo más de éxito con algunos problemas que con otros. Desde nuestro punto de vista, este hallazgo refleja el hecho de que durante la mayor parte de su historia, la psicoterapia ha carecido de una taxonomía científica que pudiera haber dado a los trastornos tratados una significación con contenido y haber guiado el curso de la intervención. En especial, en la época anterior al DSM-III (APA, 1980), la fiabilidad entre jueces para el diagnóstico de los trastornos mentales era tan decepcionante que el campo realmente carecía de un sistema de clasificación. Con el DSM-III y sus ediciones posteriores, el mayor alcance y la especificidad de todos los trastornos mentales ha llevado a

una mejora de la fiabilidad diagnóstica, a estudios sobre los resultados mejor diseñados y a una eficacia notablemente superior. En especial, el mayor detalle de las definiciones operativas está a la par con el movimiento cognitivo-conductual. Ambos tratan variables que son manifiestas y están bien especificadas. No sorprende que la fiabilidad diagnóstica de los trastornos de la personalidad, aunque también ha mejorado mucho, siga encontrándose en niveles por debajo de los del Eje E En parte, esto refleja el relativamente mayor ancho de banda de los trastornos de la personalidad: el Eje I se compone de síntomas psicopatológicos que, supuestamente, reflejan estados de enfermedad circunscritos, mientras que los trastornos de la personalidad reflejan una patología de toda la persona. Sin embargo, refleja también el hecho de que muchas variables de la personalidad son muy sutiles, siendo un ejemplo el empleo de los mecanismos de defensa. Como consecuencia, las terapias para los trastornos de la personalidad no han sido capaces de desarrollarse en la misma proporción que sus contrapartidas del Eje I. Como se señalará en los siguientes apartados de este capítulo, los trastornos de la personalidad se encuentran sin paradigma en el DSM-IV. No sólo no hay una teoría que sostenga formalmente el vínculo entre el diagnóstico y el tratamiento, sino que los criterios diagnósticos de muchos trastornos varían en términos de su nivel de abstracción y del grado en el que alcanzan las distintas dimensiones de la personalidad. Por lo tanto, para los trastornos de la personalidad, no existe el argumento convincente de que todas las terapias deberían considerarse igual de buenas. En ausencia de una taxonomía bien desarrollada, nuestra posición es justamente la contraria: todas las formas de terapias para el Eje II con orientación de alguna escuela son, probablemente, igual de malas.

26.3.3. *El eclecticismo terapéutico*

No hay duda de que el eclecticismo es un avance con respecto a la psicoterapia del pasado de orientación en alguna escuela. Sin embargo, la cuestión es si tenemos que considerar al eclecticismo como un punto y final en nuestro progreso o si podría haber alguna forma de conceptualizar nuestro campo que vaya más allá de dogmatismos pasados y permita también una evaluación de la teoría para volver a la psicoterapia. La pregunta real es: ¿Cómo podemos tener al mismo tiempo un liberalismo psicoterapéutico y una base teórica para llevar a cabo la terapia? Los filósofos de la ciencia alegan que no puede existir el conocimiento libre de paradigmas. Cada símbolo, palabra, frase, oración y párrafo funcionan tanto para revelar como para ocultar. En ausencia de un esquema teórico articulado y formal, ¿cómo beneficia la huida de los dogmatismos a un académico y terapeuta a quien se le abandona sin un punto de vista coherente a partir del cual pueda funcionar? Los dogmas de la terapia de orientación en las escuelas son al menos formalmente articulables. Sin una teoría formal, podemos huir sólo para caer en marcos personales de referencia o bien adoptar algún conjunto más o menos consensuado e implícito de supuestas directrices que formen la "cultura" de la psicoterapia. Al aceptar los patrones profesionales y adoptar técnicas usadas extensamente, se puede experimentar un cierto grado de éxito profesional, pero esto es bastante diferente de practicar una psicoterapia científica.

A pesar de estas objeciones, el eclecticismo ha surgido como el nuevo dogmatismo de la psicoterapia de finales del siglo **XX.** Se oye decir a los terapeutas "me considero ecléctico", como si el eclecticismo fuera como un partido político al que se puede pertenecer, en vez de una actitud hacia la práctica de la terapia. Esta evolución dogmática se ha acelerado por el desarrollo y la descripción de diferentes especies de eclecticismo. Como se ha señalado anteriormente, una especie popular es el eclecticismo técnico (Beutler y Hodgson, 1994; Beutler y Harwood, 2000; Lazarus, 1973, 1976), que mantiene que la teoría de la que proviene una técnica determinada es válida en tanto en cuanto la técnica funcione. El eclecticismo técnico es un esfuerzo loable para salir hacia adelante a la vista de las enormes dificultades, no siendo la menor de ellas el clima belicoso de cientos de psicoterapeutas y, quizá, de un número igual de teorías de la psicopatología y la personalidad. Al recurrir a lo que de alguna manera funciona, el cambio como objetivo último de la terapia se traslada al frente, sobrepasando a cualquier argumento que tenga que ver con la teoría de los trastornos que se tratan o cómo esas teorías podrían prescribir la terapia. Y como psicólogos practicantes, la eficacia consistente es, quizá, todo lo que pudiéramos haber querido desde siempre.

Sin embargo, nuestra creencia es que el eclecticismo debería considerarse como una etapa intermedia, en vez de una etapa final, en el desarrollo de la psicoterapia. Existen dos precondiciones para un eclecticismo inteligente; en primer lugar, la necesidad práctica, y en segundo lugar, el grado de ignorancia honesta con respecto a la materia de interés. En ausencia de una teoría de la naturaleza humana que sea completa e internamente consistente, tenemos que permanecer ecléctico o prestatarios. De aquí que el eclecticismo, lejos de ser dogmático, simplemente opta al mismo nivel que cualesquiera de las actuales teorías o las técnicas que parezcan ir más lejos, dada la naturaleza de las dificultades que se han de solucionar. Quizá un nombre mejor sería el de *pragmatismo psicoterapèutico,* puesto que el eclecticismo funciona esencialmente como un medio para afrontar la complejidad de las personas y sus patologías, hasta que se desarrollen esquemas mejores y más teóricos. Según esto, el eclecticismo no debe y no puede excluir la investigación teórica. Por el contrario, se refiere sólo a una actitud de sentido común en relación a un tema complejo donde se carece de las contestaciones completas. El énfasis en el eclecticismo refleja, de este modo, la relativa madurez del campo, no su naturaleza esencial.

Una consideración particularmente reveladora se refiere al estatus científico de un eclecticismo hipotético con una eficacia perfecta. Aunque es muy improbable, supongamos, para propósitos pedagógicos, que algunos tipos de eclecticismo empujan hacia la primera línea de la psicoterapia porque tienen un enorme éxito en emparejar técnicas con pacientes. ¿Sería científico ese eclecticismo? La respuesta es claramente "¡No!" Dicho simplemente, no es ciencia hasta que no sepamos por qué funciona. Puede que una técnica o instrumento funcione bien e incluso que se utilice con un gran beneficio social, pero mientras que sus mecanismos internos continúen siendo un misterio, seguirá siendo una tecnología que exige una mayor investigación científica. Ésta es la pregunta crucial de la ciencia, la cuestión del porqué: "¿Por qué las cosas funcionan como lo hacen?". La ciencia no progresa documentando simplemente la eficacia de una técnica específica con un trastorno concreto. El descubrir una terapia altamente eficaz puede hacerte famoso y

granjearte para siempre las simpatías de varias compañías con conciertos de tratamiento, para quienes el aspecto financiero es de suma importancia, pero no te convierte en un científico.

26.3.4. *Conclusión*

La diferencia esencial entre las fronteras actuales de la terapia, denominada terapia breve, el enfoque de los factores comunes, el eclecticismo y la psicoterapia sinérgica se encuentra en la afirmación de que el proceso de terapia tiene que estar coordinado con el contenido de lo que se está tratando. Es decir, para tener éxito y ser científico, la lógica terapéutica y la técnica tienen que proceder de una taxonomía que encaje las clases esenciales de patologías de la personalidad en un marco coherente. Desde la perspectiva de las ciencias más duras, como la química y la física, esta afirmación debe parecer casi obvia. La física tiene su denominado "modelo estándar" mientras que la química tiene su "tabla periódica de elementos". Un ingeniero físico o químico que quiere descubrir o perfeccionar la solución a un problema de campo aplicado, no examina todos los diferentes enfoques que han utilizado otros con el fin de aplicar sólo aquellos aspectos que son comunes a todos los enfoques. Por el contrario, el científico trata de entender qué enfoques pueden tener más éxito en términos de las propiedades esenciales de los compuestos implicados. En otras palabras, las características de la cosa que se tiene entre manos dictan qué enfoques serán eficaces y cuáles no. Los terapeutas tienen que ser capaces de comprender primero las características y la dinámica de los pacientes que tratan, ya que son estas propiedades las que determinan unos resultados de la terapia satisfactorios o no. Puesto que la personalidad ha carecido, hasta ahora, de una taxonomía que se parezca, por ejemplo, a la tabla periódica, esa comprensión no ha sido posible. Tanto el enfoque de los factores comunes como el eclecticismo técnico constituyen reacciones naturales y esperables en un campo en el que ha faltado esa taxonomía.

El resto de este capítulo se centrará en encontrar las implicaciones de una taxonomía científica de la personalidad y sus trastornos para la psicoterapia. En primer lugar, tenemos que entender la naturaleza de la *personalidad como constructo,* con el fin de descubrir cómo dicho constructo moldea y limita la terapia. La cuestión aquí es: "¿Hay alguna cosa de la naturaleza de la personalidad, en cuanto opuesta a los trastornos basados en los síntomas del Eje I o a rasgos de la personalidad más circunscritos, que diga algo sobre cómo se debería practicar la terapia?". En otras palabras, ¿existe algo sobre la personalidad, como entidad libre de contenido, que dicte el formato (no el contenido) de la psicoterapia? La segunda cuestión es: "¿Cuál es la taxonomía bajo la que sería posible clasificar a los pacientes individuales y por medio de la que se les podría entender?". Responder a preguntas como éstas puede parecer grandioso en las ciencias sociales, donde los fenómenos son intrínsecamente más interactivos y menos limitados que en las ciencias puras, pero las taxonomías de las ciencias puras, como la tabla periódica, proporcionan un ideal hacia el que nuestra propia ciencia puede aspirar o aproximarse. Realmente el trabajo clínico seguirá su camino, con o sin una gran teoría de la naturaleza humana. En

ausencia de esa teoría, sólo podemos seleccionar, de modo inteligente y ecléctico, sobre la base de nuestra propia experiencia personal o de la investigación empírica publicada, aquellas técnicas y terapias que más podrían beneficiar a nuestros pacientes, esto es lo mejor que podemos hacer. Sin embargo, nuestra posición es que las terapias contemporáneas reflejan una adaptación ante el estado disgregado y fracturado de la psicopatología. Un paquete de técnicas, lejos de mostrar que la psicoterapia ha evolucionado, revela que, por el contrario, sigue estando en una etapa histórica natural, en la que la tarea importante es inventariar qué técnicas existen y cuáles podrían funcionar. Los enfoques eclécticos específicos pueden, algún día, impresionar por su eficacia, pero si sucede esto, se debe a que, sin darse cuenta, utilizan principios organizativos más profundos de la estructura de la naturaleza, no porque sean científicos en el sentido de estar coordinados por principios organizativos más profundos. En el análisis final, concluiremos que son las propiedades sintéticas formales de la personalidad las que dictan nuevas formas de psicoterapia, proporcionan un camino para la integración de las escuelas teóricas dogmáticas, permiten al liberalismo psicoterapéutico coexistir con la teoría psicológica y explican el sorprendente hallazgo de que la mayoría de las psicoterapias son, aproximadamente, igual de eficaces.

26.4. La personalidad como constructor implicaciones para la teoría y la terapia

¿Qué es la personalidad? Esta cuestión es simple de plantear, pero difícil de contestar, a pesar del hecho de que, como idea, la personalidad tiene varios miles de años de antigüedad. Históricamente, la palabra personalidad se deriva del término griego persona, que originariamente representaba la máscara utilizada en el teatro por los actores dramáticos. Su significado ha cambiado a lo largo de la historia. Como máscara asumida por un actor sugiere una pretensión de apariencia, es decir, la posesión de rasgos diferentes a los que realmente caracterizan al individuo detrás de la máscara. Con el tiempo, el término persona perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar, no la máscara, sino las características aparentes, explícitas o manifiestas de la persona. El tercer y último significado que ha adquirido el término personalidad ahonda por "debajo" de las impresiones aparentes y vuelve al escenario de las cualidades psicológicas ocultas, internas y menos expresadas del individuo. Así, a través de la historia, el significado del término ha cambiado desde la ilusión externa pasando por la realidad superficial hasta llegar a las características internas veladas u opacas. Es este tercer significado el que se acerca más al uso contemporáneo. La personalidad se ve hoy día como un patrón complejo de características psicológicas, profundamente enraizadas, que son, en gran parte, no conscientes y que no se modifican fácilmente, que se expresan de forma automática en casi cada faceta del funcionamiento del individuo. Intrínsecas y profundas, estas características surgen a partir de la complicada matriz de disposiciones biológicas y aprendizajes a través de la experiencia, que componen finalmente el patrón distintivo del individuo para percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse. La personalidad no se refiere, por lo tanto, a un único aspecto del funcionamiento. Por el contrario, se define mejor

como la secuenciación de variables a través de la matriz completa de la persona. Esta definición es básica para este capítulo.

26.4.1. El contraste con los modelos de rasgo léxicos

Al igual que "gregario" o "masoquista", el término "personalidad" es también un constructo. Sin embargo, a diferencia de los términos anteriores, la personalidad tiene implicaciones estructurales formales de las que se puede hablar, independientemente de cualesquiera que sean las características de contenido que se le hayan adscrito. Aunque las personalidades individuales difieren, todos tenemos una personalidad. La mayoría de los psicólogos asumen que la personalidad se compone de rasgos. Y, en realidad, durante la mayor parte de su historia, los rasgos han dominado las definiciones formales. Sin embargo, mientras que la personalidad es la secuenciación de variables, los rasgos constituyen dimensiones singulares de la consistencia del comportamiento que perdura a lo largo del tiempo y se generaliza a través de las situaciones. Aunque pueden ordenarse jerárquicamente para abarcar niveles más o menos amplios de abstracción, como constructo formal los rasgos carecen de fuerza integradora. Es decir, no hay nada en la idea de un rasgo, por sí mismo, que nos impulse a interpretar las dimensiones de la personalidad holística o sintéticamente. Nada de su definición da a entender la función sintética de la personalidad. Supuestamente, los modelos de rasgo alcanzan su mayor desarrollo en los modelos de los cinco factores (Costa y McCrae, 1989; Costa y Widiger, 2002) y de los siete factores de la personalidad. Estos modelos incluyen dimensiones que se han extraído de forma deliberada para que sean mutuamente ortogonales. Esta independencia de las partes plantea un fuerte contraste con el significado ontològico real de la personalidad, que explícitamente necesita que sus partes, cualesquiera que sean, se mantengan interdependientes y mutuamente contextualizadas. Como constructo, la personalidad incluye básicamente la idea de totalidad, de integración, una implicación estructural formal que existe por encima de los contenidos que se coloquen en ella, por el medio que sea, teórico o metodológico. Como se verá, este hecho tiene implicaciones radicales para la ciencia de la psicopatología. Hablando estrictamente, no existe una razón necesaria para interpretar los resultados de los inventarios de rasgo como perfiles de la personalidad. La idea de un perfil es una noción sintética que supone que cada escala o dimensión contextualiza la interpretación de todos los demás. Cualquiera que sea su mérito real, una de las características distintivas del ciclo interpersonal, por ejemplo, es el orden lógico de sus escalas. Las escalas del MMPI podrían ordenarse de distintas maneras. Como consecuencia, obtendríamos diferentes patrones de perfiles, ninguno de los cuales es necesariamente mejor o peor que los demás. Por el contrario, las dimensiones del ciclo interpersonal, como combinaciones de las dimensiones básicas, deben colocarse en un orden particular alrededor del ciclo. El perfil de la personalidad funciona, así, como una representación operativa de la personalidad total de un determinado individuo. Por el contrario, nada de la idea de un rasgo requiere, de manera específica, un enfoque total. De hecho, ya que los rasgos se refieren sólo a las consistencias a través del tiempo y de las

situaciones, se organizan mejor en términos de dimensiones ortogonales, como sucede con los modelos de la personalidad de los Cinco Grandes o los Siete Grandes. Aquí, las propiedades sintéticas formales del término personalidad se han perdido completamente. Ésta se presenta en términos de dimensiones independientes, como si el contenido de una parte de la personalidad pudiera variar a lo largo del rango completo de una dimensión básica sin influir en la posición individual de ninguna de las otras dimensiones del modelo. Sin embargo, algo muy importante es que, debido a que el constructo de rasgo mismo no entraña implicaciones sintéticas, no sugiere tampoco nuevas posibilidades para la terapia.

26.4.2. *El contraste con el pasado de orientación hacia las escuelas*

Los enfoques modernos de la terapia, descritos anteriormente, son reacciones a las grandes teorías sobre la naturaleza humana del pasado. Al describir el enfoque ecléctico, defendimos un liberalismo psicoterapéutico que esté libre de este pasado, pero que se aproveche de la teoría. ¿Cómo es posible esto? ¿Cómo se libra uno de la teoría y se sigue apoyando la teoría al mismo tiempo? De nuevo, la respuesta proviene de las propiedades sintéticas de la personalidad. Considerada en retrospectiva, la revolución psicoterapéutica contra las escuelas históricas era inevitable: ya fuese psicoanalítica, cognitiva, conductual o biológica, cada escuela constituye sólo una visión parcial de la naturaleza humana. En las ciencias puras, el progreso tiene lugar a través de la construcción de experimentos falsables. Se plantea una situación en la que los resultados apoyan una teoría, pero rechazan otra. Por el contrario, el fenómeno de las ciencias sociales es intrínsecamente menos limitado. Como consecuencia, el progreso ocurre más frecuentemente cuando un conjunto de variables, hasta ahora olvidado, pero, sin embargo, muy relevante, surge como centro del interés científico. Lejos de hacer tambalearse a los paradigmas establecidos, la nueva perspectiva permite, simplemente, que un fenómeno determinado sea estudiado desde un ángulo adicional. Los académicos interesados e incrédulos pueden, así, valerse de un caleidoscopio de diferentes perspectivas. Girando este caleidoscopio, al cambiar de paradigma se puede ver el mismo fenómeno desde distintas perspectivas internamente consistentes. El eclecticismo se convierte, así, en la norma científica. Por el contrario, la definición de la personalidad dada en este capítulo, la secuenciación de las variables a lo largo de la matriz completa de la personalidad, no puede apoyar esta norma, sino que requiere, de forma explícita, alguna base teórica que coloque las perspectivas históricas específicas en una teoría unificada y cohesiva.

La conclusión es que la clave para construir una teoría de la personalidad verdaderamente integradora, una que sea lo suficientemente potente y lógica como para integrar las perspectivas parciales de las distintas escuelas históricas, reside en encontrar los principios teóricos de la personalidad que se encuentran *fuera* del campo de la personalidad misma. Por otra parte, sólo podríamos repetir los errores del pasado afirmando la importancia de algún nuevo conjunto de variables hasta ahora sin enfatizar, construyendo otra perspectiva dentro de la personalidad como un fenómeno total, pero perdiendo, por

consiguiente, el estudio científico del mismo fenómeno total. De aquí la diferencia formal en el significado entre los términos "personalidad" y "personología". Hablando estrictamente, una ciencia de la personalidad está limitada a las perspectivas parciales de la persona. Aunque estas perspectivas pueden tener, de hecho, una alta consistencia interna, no pueden constituir el total. Por el contrario, la personología es, desde el comienzo, una ciencia de la persona total. Se puede escoger una de entre distintas perspectivas, psicodinàmica, biológica, interpersonal o cognitiva, por ejemplo, y encontrar potentes modelos estructurales que generen taxonomías de la personalidad y de los trastornos de la personalidad. Los autores que se encuentran dentro de estas tradiciones mantienen que es el contenido de su ámbito de interés lo que es central o fundamental y, así, conducen el desarrollo de la personalidad y su estructura, mientras afirman que todos los otros contenidos son periféricos, derivados o, incluso, epifenómenos. Para los analistas clásicos, por ejemplo, los contenidos conscientes eran importantes sólo como datos brutos para hacer inferencias sobre los impulsos inconscientes y las estructuras psíquicas. Alternativamente, los defensores de una determinada perspectiva pueden fingir que están de acuerdo con los otros modelos, sin realmente tratar de integrarlos. Para los teóricos interpersonales, el ámbito interpersonal sería primordial con respecto a todos los demás. Para los teóricos biológicos, lo fundamental es el temperamento o la interacción de sistemas específicos de neurotransmisores, etc.

Otra diferencia entre las perspectivas parciales de las escuelas dogmáticas y el enfoque total defendido aquí reside en el estudio de la personalidad. En las revistas académicas, por ejemplo, a veces se habla de investigaciones en las que se han hecho medidas de las variables de la personalidad en dos ámbitos, como, por ejemplo, el temperamento y la cognición. Sin embargo, el objetivo de esta investigación habitualmente es ilustrar la importancia de las variables de un ámbito con respecto a otro, quizá la importancia del temperamento con respecto al desarrollo cognitivo. No obstante, raramente se lleva a cabo la investigación con la idea, por ejemplo, de que los constructos cognitivos son tan importantes como los biológicos. Más a menudo, el objetivo es demostrar que los constructos del ámbito preferido propio explican la mayor parte a la hora de la variancia compartida en las variables criterio, validando, por consiguiente, la importancia del propio ámbito y aumentando el alcance de su aplicabilidad. Estos diseños de investigación, que oponen las variables de una parte de la personalidad contra otra, violan la estructura sintética de la misma y, de este modo, carecen de validez ecológica. La mayoría de los autores probablemente adoptan este curso de acción por dos razones: en primer lugar, la historia recuerda solamente a aquellos que se constituyen como los padres del, o contribuyen de forma significativa al, desarrollo de un punto de vista específico. No hay eclécticos famosos; en segundo lugar, cualquier reconocimiento de la importancia del contenido de otros ámbitos necesariamente pone en entredicho la teoría favorita propia como modelo científico completo. Como consecuencia, las distintas perspectivas de la personalidad suelen desarrollar elevados estados de coherencia interna, convirtiéndose en "escuelas" que, intrínsecamente, resisten la integración y contribuyen a la fragmentación de la psicología como una disciplina unificada. Al hacer esto, crean también conceptos de la personalidad que tienen conflictos, de forma intrínseca, con la naturaleza del constructo

mismo. Una ciencia de la personología acaba con esta larga tradición de fraccionamiento y crea una base teórica para una ciencia de la psicopatología y de la personalidad completamente unificada. Como se verá posteriormente, sólo puede haber una ciencia de la personología, mientras que no hay límites probablemente para el número de ámbitos que pueden denominarse como personalidad. Consecuentemente, sólo puede haber una clase de terapia que es una terapia de la persona total, un camino que se desvía del pasado dogmático y del presente ecléctico.

2.6.5. Una teoría evolucionista de la personalidad

La evolución es la elección lógica, como andamio, para desarrollar una ciencia de la personalidad. Al igual que la personalidad tiene que ver con la secuenciación total de las variables a lo largo de la matriz entera de la persona, es el organismo total lo que sobrevive y se reproduce, transmitiendo sus potenciales tanto adaptativos como desadaptativos a las generaciones posteriores. Aunque a veces ocurren mutaciones letales, el éxito evolutivo de los organismos con un "material genético promedio" depende de la configuración completa de los potenciales y las características de los mismos. De igual manera, la salud psicológica proviene de la relación entre la configuración completa de las características de la personalidad y los ambientes en los que funciona la persona. Además de estas analogías, los principios de la evolución sirven también como principios que se encuentran fuera de la personalidad propiamente dicha y, así, forman los cimientos para la integración de las distintas escuelas teóricas que huyen de la falacia "una parte-del todo" del pasado dogmático. No obstante, se sabe también que muchos procesos contribuyen al éxito evolutivo de una especie determinada. Al crear una taxonomía de estilos y trastornos de la personalidad basada en los principios evolutivos, nos enfrentamos a una pregunta central: ¿Cómo pueden dividirse mejor estos procesos de modo que su relevancia para la persona individual se coloque en primer plano?

La primera tarea de cualquier organismo es su supervivencia inmediata. Los organismos que no son capaces de sobrevivir han sido descatalogados, por hablar de alguna forma, y no son capaces de contribuir con sus genes y características a las posteriores generaciones. Sea un virus o un ser humano, cada cosa viva tiene que protegerse a sí misma contra la descompensación entròpica simple, la amenaza de los predadores y la desgracia homeostática. Existen literalmente millones de formas de morir. Los mecanismos evolutivos relacionados con las tareas de supervivencia están orientados hacia la mejora y la preservación de la vida. El primero tiene que ver con la mejora de la calidad de vida y empuja a los organismos hacia comportamientos que optimizan los posibilidades de supervivencia y, supuestamente, les conducen a crecer y multiplicarse. El segundo trata de orientar a los organismos a que se aparten de acciones o contextos que amenacen su supervivencia. Hablando desde una posición fenomenològica, esos mecanismos forman una polaridad de placer y dolor. Los comportamientos experimentados como agradables son habitualmente repetidos y, en general, fomentan la supervivencia, mientras que aquellos experimentados como dolorosos tienen habitualmente el potencial de poner en pe-

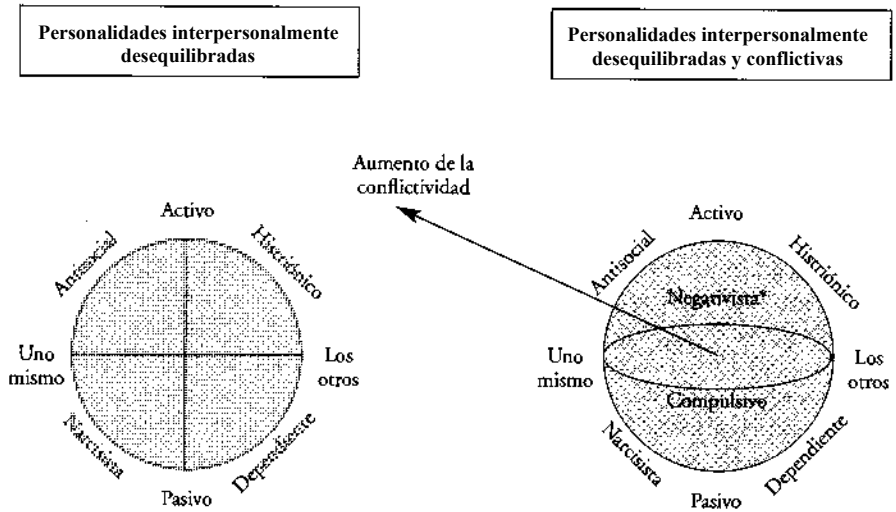
ligro la vida y, de esta forma, no se repiten. Los organismos que reiteran las experiencias dolorosas o que no son capaces de repetir las agradables, hacen selecciones claramente en contra de la supervivencia. Entre las distintas personalidades que se deducen a partir de la teoría, encontramos que algunos individuos padecen conflictos con respecto a estos objetivos existenciales. La personalidad sádica, por ejemplo, encuentra placer en establecer, de forma activa, condiciones que serán experimentadas como dolorosas. Otras personalidades poseen déficit en estos sustratos. La personalidad esquizoide, por ejemplo, tiene poca capacidad para experimentar afectos agradables.

La segunda tarea evolucionista universal a la que se enfrenta todo organismo se refiere a los procesos homeostáticos empleados para mantener la supervivencia en ecosistemas abiertos. Existir es existir dentro de un ambiente y, una vez que un organismo existe, tiene que adaptarse a su entorno o adaptar su entorno para que se someta y se mantenga su propio estilo de funcionamiento. Cada organismo tiene que satisfacer necesidades de orden inferior relativas, por ejemplo, la nutrición, la sed y el sueño. Los mamíferos y los seres humanos tienen que satisfacer también otras necesidades, como las relativas a la seguridad y el apego. Tanto si el ambiente es intrínsecamente abundante como si es hostil, la elección se da, fundamentalmente, entre una orientación pasiva frente a una orientación activa, es decir, una tendencia a adaptarse a un determinado nicho ecológico y aceptar lo que ofrece el ambiente frente a una tendencia a modificar o intervenir sobre el ambiente, adaptándolo, por lo tanto, a uno mismo. Los organismos que no son capaces de adaptarse a su ambiente o de reestructurarlo para satisfacer sus propias necesidades, hacen selecciones claramente en contra de la supervivencia. Estos modos de adaptación se diferencian de la primera fase de la evolución, "ser", en el sentido de que toman en consideración que lo que "es", permanece. Entre las distintas personalidades que se deducen de la teoría, encontramos a los antisociales, que, de forma impulsiva, afectan a su entorno, a menudo con un completo descuido de las consecuencias.

La tercera tarea evolucionista universal con la que se enfrenta cada organismo pertenece a los estilos reproductivos que optimizan la diversificación y selección de los atributos ecológicamente eficaces. Todos los organismos tienen, en última instancia, que reproducirse para evolucionar. Para mantener funcionando la cadena de las generaciones, los organismos han desarrollado estrategias por medio de las cuales maximizar la supervivencia de las especies. En un extremo se encuentra lo que los biólogos han denominado la estrategia-*r*. Aquí, un organismo trata de reproducir una gran cantidad de descendencia, a quien luego se deja que se valga por sí misma frente a las adversidades de la suerte o el destino. En el otro extremo se encuentra la estrategia-*k*, en donde se produce poca descendencia, a la que los padres le proporcionan amplios cuidados. Aunque siempre existen excepciones individuales, esto se asemeja a las estrategias de la sociobiología más masculinas, "orientadas hacia uno mismo" frente a las más femeninas, "orientadas hacia el cuidado de los demás". Desde una posición psicológica, la primera estrategia es, a menudo, considerada egoísta, insensible, desconsiderada y descuidada; la segunda es considerada como afiliativa, cercana, protectora y solícita (Gilligan, 1981; Rushton, 1985; Wilson, 1978). Los organismos que realizan inversiones reproductivas en mucha descendencia, de modo que sus recursos son demasiado escasos, o los que hacen una inver-

sión gestacional larga, pero luego no son capaces de criar a su descendencia, hacen selecciones en contra de la supervivencia. Entre las distintas personalidades que se deducen de la teoría, encontramos una fuerte orientación hacia uno mismo entre los narcisistas y una fuerte orientación hacia los demás en los dependientes.

Además de las tres polaridades de contenido, la teoría evolucionista plantea también una dimensión libre de contenido que especifica una vía principal a lo largo de la cual los distintos estilos de la personalidad se desarrollan y cambian. Estos principios transformacionales son, a menudo, importantes para revelar las relaciones entre los diversos estilos de la personalidad, pero sugieren también vías sobre cómo podría cambiar la personalidad en la terapia. La teoría evolucionista de Millon (1990), por ejemplo, contiene un aspecto interpersonal por medio de las polaridades uno mismo y el otro. Sin embargo, incluye también la idea de conflicto o ambivalencia entre las polaridades, una dimensión libre de contenido que no se descubre a través del análisis factorial. Así, las personalidades compulsiva y negativista (pasivo-agresiva), por ejemplo, comparten una ambivalencia con respecto a si colocan sus prioridades y expectativas primero o si las delegan en los otros. El negativista expresa esta ambivalencia, algo que está suprimido en el compulsivo. Las dos personalidades están, de este modo, teóricamente unidas y la teoría predice que, si la ira sumergida del compulsivo puede enfrentarse conscientemente, el sujeto tiende a actuar de una manera pasivo-agresiva hasta que el conflicto pueda ser refocalizado o resuelto de manera constructiva. La figura 26.1 representa esta relación en un formato circumplejo y relaciona estos trastornos con las personalidades "interpersonalmente desequilibradas", es decir, el antisocial, el narcisista, el histriónico y el dependiente. Mirando en el lado derecho de la figura, el negativista y el compulsivo se funden mutuamente, mientras que el negativista se funde con el antisocial y el histriónico y el compulsivo se funde con el narcisista y el dependiente. Hablando de manera informal, para transformar a un compulsivo en un narcisista, la terapia debería resolver el conflicto entre uno mismo y los otros en dirección a una preocupación por el propio interés hacia sí mismo del individuo. Para transformar a un compulsivo en un dependiente, la terapia debería solucionar este conflicto en favor de las necesidades de los otros. Expresado de esta forma, las comorbilidades de estos trastornos comienzan a tener sentido como distorsiones forjadas por el marco categórico neo-krapeliniano. Además, puede verse también que algunos trastornos son más graves que otros, simplemente porque incluyen el elemento adicional de la conflictividad. Las versiones futuras del DSM probablemente necesitarán incluir "dimensiones transformacionales" libres de contenido, puesto que estas son tan fundamentales como las que tienen contenido para cualquier taxonomía de la personalidad. Hay, por supuesto, muchas formas de representar las relaciones entre los constructos de la personalidad, de las que la figura 26.1 es sólo una muestra. Por ejemplo, uno mismo y los otros podrían expresarse de forma perpendicular como análogos de la dominancia y la comunión, lo mismo que en el clásico circulo de Leary (1957), permitiendo el desarrollo de una taxonomía más refinada, pero totalmente interpersonal. Además, se podrían postular y comprobar los principios transformacionales, como la complementariedad. De igual manera, podrían desarrollarse otros constructos de la personalidad, como las combinaciones de placer-dolor y activo-pasivo.



*** El negativista es en el DSM-IV el equivalente del pasivo-agresivo en el DSM-III-R.**

Figura 26.1. El modelo circumplejo de los trastornos de la personalidad interpersonalmente desequilibrados y conflictivos.

Las polaridades de la teoría evolucionista se han esquematizado, a menudo, en los términos de la figura 26.2. Este diagrama ilustra cómo los constructos del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV pueden derivarse a partir de las distintas combinaciones de las polaridades subyacentes, más la dimensión libre de contenido del conflicto. Las personalidades calificadas de "deficientes" carecen de la capacidad de experimentar o representar determinados aspectos de las tres polaridades (p. ej., el esquizoide tiene un sustrato deficiente tanto para el placer como para el dolor). Los calificados como "desequilibrados" se apoyan fuertemente en uno u otro extremo de una polaridad (p. ej., el dependiente está orientado a recibir pasivamente apoyo y cuidado de los demás). Las personalidades calificadas como "conflictivas" luchan con ambivalencias ante los extremos opuestos de una bipolaridad (p. ej., el negativista vacila entre las expectativas de los otros y los deseos del sí mismo). La figura 26.2 representada de una manera similar a la tabla periódica de los elementos, ilustra los constructos de la personalidad derivados del modelo evolucionista en sus formas normal y patológica.

	Objetivo existencial		Estrategia de réplica		
	Mejora de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Cría reproductiva	
Polaridad	Placer-Dolor		Uno mismo-Los otros		
Deficiencia, conflicto, o desequilibrio	Placer (bajo) Dolor (bajo/alto)	Inversión del placer-dolor**	Sí mismo (bajo) Los otros (alto)	Sí mismo (alto) Los otros (bajo)	Ambivalente con sí mismo y los otros
Modo de adaptación	Estilos y trastornos de personalidad				
Adaptación pasiva: Acomodación	Retiro *Esquizoide Depresivo **	Complaciente *Masoquista*	Está de acuerdo *Dependiente*	Afirmativo *Narcisista*	Conformista *Compulsivo*
Adaptación activa: Modificación	Dubitativo *Evitativo*	Controlador *Sádico*	Sociable *Histriónico*	Disentidor *Antisocial*	Quejumbrosa *Negativista*
Patología estructural	*Esquizotípico*	*Límite, Paranoide*	*Límite*	*Paranoide*	*Límite, Paranoide*

* El esquizoide es pasivo y bajo tanto en placer como en dolor, el depresivo es bajo en placer y alto en dolor. El retiro es la variante normal del esquizoide.

** Las personalidades que son ambivalentes no saben si volverse hacia sí mismas o hacia los otros, mientras que aquellos que están invertidos sustituyen el placer por el dolor y viceversa.

Figura 26.2. Derivación de los trastornos de la personalidad a partir del modelo de polaridad.

26.5.1. *El contraste con los modelos léxicos de rasgo*

La posición presentada en este capítulo va en la dirección opuesta a la hipótesis léxica de tres maneras importantes. En primer lugar, mantiene que hay ámbitos de la personalidad, coordinados con las distintas escuelas históricas, con las que está relacionada, pero que desbordan el léxico común. Nuestra posición es que los últimos cien años han producido un contenido descriptivo amplio que no se reduce a, aunque realmente está correlacionado con, lo que el diccionario ya incluye. En segundo lugar, la teoría evolucionista tiene una función claramente generadora. No sólo integra los distintos ámbitos históricos, sino que sirve también para guiar la investigación de los constructos generados por la teoría. En tercer lugar, la teoría mantiene que los principios transformacionales libres de contenido son tan importantes para la taxonomía como las dimensiones con el contenido limitado. Todos estos contrastes descansan en una diferencia fundamental entre los modelos léxicos de rasgo y la teoría evolucionista. Los primeros son ejemplos de la inducción matemática. Como enfoque científico general, la inducción nos pide que vayamos hacia el mundo y le preguntemos qué tiene el mundo en su interior. En sus eta-

pas iniciales, los científicos se interesan principalmente en inventariar los fenómenos de su campo y en conseguir métodos de exploración para utilizar en su estudio. La pregunta es: "¿Qué fenómenos existen para estudiar y cómo se pueden conocer?" No sólo son las formulaciones de sentido común las primeras teorías científicas; el lenguaje descriptivo presenta estos fenómenos con términos comunes que ya existen, puesto que la jerga de la ciencia tiene que ser inventada todavía. Sin embargo, conforme la ciencia evoluciona, requiere de términos nuevos y más especializados con los que estén relacionados, pero que van alejándose cada vez más del vocabulario de la persona común. Aunque los callejones sin salida ocasionales son inevitables, el proceso de la evolución científica continúa y añade algo nuevo a la comprensión según el sentido común, como fue en su inicio. Los científicos no inventan nuevos términos sólo con el propósito sociológico de apartarse de la gente común, que habla el léxico común y no el lenguaje del iluminado. Según Hempel (1965, pp. 139-140):

> El desarrollo de una disciplina científica puede decirse, a menudo, que va desde una etapa inicial de "historia natural"... hasta etapas posteriores cada vez más "teóricas"... El vocabulario requerido en las primeras etapas de este desarrollo es, en gran medida, observacional... El cambio hacia una sistematización teórica se encuentra señalado por la introducción de términos nuevos, "teóricos"... más o menos extraídos del nivel de los aspectos y acontecimientos observables. Estos términos tienen un significado diferente y funcionan sólo en el contexto de la teoría correspondiente.

Hasta ahora, el desarrollo de vocabularios científicos en psicología ha tenido lugar, principalmente, junto con el desarrollo de las escuelas históricas, que exponen nuevos conjuntos de variables a la comunidad psicológica para su estudio y, finalmente, construyen estados de una consistencia interna cada vez mayor. El dogmatismo resultante de las perspectivas parciales y el inevitable e insatisfactorio eclecticismo que le sigue, deja siempre abierto el camino para la vuelta a un "nuevo comienzo" inductivo, supuestamente libre del excesivo equipaje teórico acumulado. En vez de empezar con una posición teórica sesgada, que implícitamente selecciona algunos datos como relevantes y otros como irrelevantes y que, por consiguiente, limita las clases de preguntas científicas realizadas y los modelos producidos, se evita la teoría tanto como sea posible, con el fin de permitir mayores oportunidades a los nuevos hallazgos. Puesto que se evita la teoría, el sentido común se convierte en la guía principal de selección de lo que se considera relevante para las siguientes investigaciones.

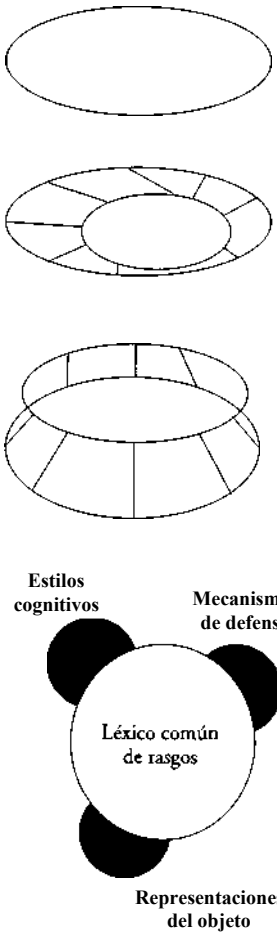
Los estudios factoriales sobre la estructura de los rasgos léxicos encajan notablemente con el enfoque inductivo: se considera que el material bruto de la personalidad proviene del léxico común. De hecho, la tradición léxica contiene una afirmación denominada hipótesis léxica, cuya función consiste en excluir de cualquier consideración el material generado por la teoría psicológica. En pocas palabras, la hipótesis léxica mantiene que todas las características importantes de las personas ya se han codificado en el lenguaje común. Es decir, si no está en el diccionario no es personalidad. La validez de contenido de cada modelo léxico de la personalidad descansa en esta afirmación. Los términos descriptivos sirven, simplemente, como un medio taquigráfico de referirse a las

observaciones; circunscriben partes de la experiencia humana sólo para permitir la comunicación, pero no tienen un propósito más profundo. En la psicología de la personalidad, un ejemplo de esos términos descriptivos es el "hombre sin escrúpulos", de Teofastro, el antiguo escritor griego que proporcionaba retratos vividos de las personalidades frecuentes de su tiempo. Según Teofastro:

> El hombre sin escrúpulos pedirá prestado dinero a un acreedor a quien nunca ha pagado... Cuando va al mercado le recuerda al carnicero algún servicio que le ha prestado y, quedándose cerca de la báscula, coloca algo de carne, si puede, y un hueso para la sopa. Si le va bien, tanto mejor, si no, cogerá un trozo de cualquier cosa y se marchará riendo (citado en Widiger, Corbitt y Millon, 1991, p. 63).

Debido a que son de carácter inductivo, las frases y los términos inductivos dependerán de la ingenuidad y la intuición de quien los genera, dotándolos de un "significado extra". Aunque, por ejemplo, el oportunismo del "hombre sin escrúpulos" nos impacta por su parecido con el psicópata y con la personalidad antisocial del DSM, los tipos de Teofastro no son capaces, en términos de Platón, de "coger el toro por los cuernos". Expresados simplemente como una lista sin coordinación, con esquemas psicológicos más profundos, terminan impresionándonos, principalmente por su pintoresca belleza literaria, no porque se generen a partir de una teoría psicológica sofisticada. La historia de la psicoterapia ha observado muchos intentos de responder a estas preguntas con el fin de lograr el ideal más teórico de la ciencia. El movimiento de los factores comunes, por ejemplo, es fundamentalmente un intento de encontrar, por medio del inventariado y la investigación de muchas terapias, aquellas propiedades esenciales que son comunes a todas ellas y, por consiguiente, que tienen que subyacer a la práctica con éxito de las mismas.

Para poseer una validez que sea específicamente psicológica (en cuento opuesta a la que podría denominarse "teofastrana"), el constructo empleado para evaluar la personalidad tiene que ampliarse hasta un marco interpretativo. La figura 26.3, que se encuentra en la página siguiente, compara la estructura generativa perteneciente a una ciencia sintética de la personalidad con base en la teoría, con la estructura inductiva de los modelos léxicos de la personalidad. Como ya se ha señalado, esto es habitual en todas las ciencias, en las que el ideal es una forma de comprensión por medio de la que todos los fenómenos de un ámbito se incluyen dentro de los límites de un único conjunto de principios unificados. La investigación de Einstein de la teoría del campo unificado fue un esfuerzo para colocar las fuerzas "esenciales" de la naturaleza -gravedad, magnetismo, fuerzas nucleares débiles y fuertes- dentro de un único marco de explicación. De igual manera, ya seamos terapeutas, teóricos o investigadores, nuestro objetivo debe ser comprender todo lo que son las personas, de manera de "cojamos el toro por los cuernos" *(curves nature at its joints),* separando las características esenciales de las personas según algún plan que explique de qué modo rasgos diferentes inducen el desarrollo de trastornos o problemas psicológicos específicos. Una vez que sean conocidos, estos principios pueden servir como directrices para elegir las técnicas terapéuticas a lo largo del curso entero de la terapia. Como consecuencia, la práctica de la terapia se convierte en una aventura lógica, unificada, no un asunto dependiente del azar.



Etapa precientífica: **Todo lo que existe es "el sentido común" y su terminología.**

Etapas iniciales: **Cuando empieza la ciencia, los académicos comienzan a desarollar sus propios vocabularios. El "conocimiento de base" en el que se apoya la ciencia se parece a un cono invertido, ya que las similitudes superficiales dan lugar a una comprensión teórica circunscrita. Se introducen nuevos términos que funcionan únicamente en un contexto teórico. Sin embargo, la cobertura es escasa y la profundidad del conocimiento es limitada. Las explicaciones del sentido común constituyen todavía una fuente autorizada para muchas cuestiones.**

Etapa científica: **Finalmente, el conocimiento base sobre el que se apoya la ciencia se expande hasta tal punto que aparentemente separa los "hechos" superficiales y las relaciones se explican y se integran por un marco teórico que trasciende a las hipótesis triviales o ambiguas de la persona común. Estos marcos se apoyan en un léxico profesional que trasciende al léxico común, haciendo que la ciencia sea de difícil comprensión para los no profesionales.**

Conclusión: **Las perspectivas contemporáneas incluyen ámbitos de la personalidad con sus propios términos (constructos). También disponen de principios interrelacionados (sistemas nomológicos). Éstos existen fuera del léxico común, aunque algunos se filtran, tal y como lo han hecho muchas ideas psicodinámicas y cognitivas. Debido a que los modelos factoriales de la personalidad se dedican a la factorialización del léxico común y a asimilar nuestra extensa base de conocimiento psicológico a este residuo ortogonal, destruyen la relación "vertical" entre el conocimiento común y el profesional, produciendo un operacionismo "de facto".**

Figura 26.3. Contraste entre el léxico normal y el profesional.

26.5.2. *El contraste con los enfoques integradores*

Un segundo sentido en el que la teoría evolucionista es generativa converge con las propiedades integradoras del mismo constructo de la personalidad. Como se ha observado tan a menudo, una teoría amplia de la personalidad no debería repetir los errores del pasado generando otra falacia "las partes-el todo", es decir, haciendo que una perspectiva de la personalidad explique todo el conjunto. Existen dos vías que se pueden seguir para evitar este enigma. La primera tiene un amplio precedente histórico y está siendo seguida con vigor en la terapia contemporánea bajo los auspicios

del movimiento de la "integración de la psicoterapia". La mayoría de las teorías supuestamente "integradoras" están de acuerdo en traducir una perspectiva desde otra. Quizá el esfuerzo pionero a este respecto fue el de Dollard y Miller (1950), quienes tradujeron los principios psicodinámicos a la teoría del aprendizaje. Igualmente, los investigadores actuales han observado interesantes correspondencias entre los escritos de Freud y los principios de la psicología cognitiva. De alguna forma, estos esfuerzos constituyen el equivalente teórico de la moda actual, y se han encontrado numerosas correlaciones entre las medidas de los modelos factoriales y otros inventarios. Y, por supuesto, ambas empresas tienen, a menudo, un enorme éxito, puesto que la personalidad es una matriz integrada (aunque saber cuál de ellas tendrá éxito depende de si la psicología se encuentra en una etapa teórica o empírica). Obviamente, la alternativa, la falta de correspondencia entre los principios de distintos ámbitos de la personalidad, sería aún más sorprendente, ya que indicaría que algunos engranajes del cerebro humano no encajan muy bien con otros. En un lenguaje más académico, indicaría que hay partes de la personalidad, ya sea la conducta interpersonal, los mecanismos de defensa, las atribuciones cognitivas, etc. que funcionan sin estar limitadas por el contenido de los otros ámbitos.

Algo aún más problemático es la idea de que una perspectiva pueda traducirse a otra, asumiendo, de forma implícita, que lo único que es distinto en las diferentes perspectivas es la jerga científica. Como si Rieran inglés y español, dos perspectivas diferentes constituirían ambas lenguas completas, cada una de ellas capaz de ofrecer una descripción completa de lo que es la personalidad. Puesto que las distintas escuelas se encuentran, necesariamente, en diferentes etapas de evolución, esa suposición es difícil de defender. Además, no está claro en qué nivel de detalle dos perspectivas necesitarán proyectarse en la otra para sostener la hipótesis de la equivalencia. Se debería observar cierto grado de correspondencia, puesto que cada ámbito de la personalidad necesariamente limita a los otros. Pero, ¿hasta qué punto un nivel específico de acuerdo llegaría a ser apremiante? Finalmente, incluso si la empresa tuviera éxito, ¿cómo se asimilarían mutuamente las dos perspectivas?

Por el contrario, la teoría abstraída aquí procura cimentar el significado sintético del constructo de la personalidad *desde el principio.* Como se verá más adelante, las partes de la personalidad integradas por la teoría, es decir, el material bruto que constituye la matriz de la persona, en la mayoría de los casos *son,* literalmente, las distintas escuelas teóricas. Es decir, las diferentes escuelas se convierten en la sustancia de la matriz de la persona. De esta forma, la teoría proporciona una ciencia clínica unificada que integra las escuelas clásicas de la psicología. Hay que señalar, además, que este objetivo no se alcanza simplemente porque sea deseable desde un punto de vista aplicado o porque sea posible desde un punto de vista académico, teniendo en cuenta el esfuerzo intelectual que supone. Por el contrario, la existencia de una ciencia clínica unificada es la consecuencia de las implicaciones sintéticas, integradoras u holísticas de la misma personalidad. Esa teoría es más un hallazgo que una invención o una elaboración intelectual. Obviamente, este enfoque es claramente distinto de la perspectiva dogmática pasada con orientación hacia las escuelas, diferenciando a la teoría evolucionista descrita aquí de otras es-

cuelas teóricas (y de los enfoques factoriales) a un nivel paradigmático. Para los psicoterapeutas, la teoría proporciona un medio de elaborar terapias para pacientes individuales, terapias que son optimizadas desde el punto de vista ideográfico y también se basan en la teoría. La elección de estrategias y tácticas terapéuticas no se debe seguir basando en la optimización al azar del eclecticismo.

26.5.3. Una *ciencia de la personología*

La mayoría de las teorías de la personalidad están satisfechas de abordar el contenido de la misma, afirmando que determinadas variables son esenciales, mientras que otras no lo son. A menudo son únicamente listas de constructos. No se elaboran "normas de limitación", dentro de la teoría, que determinen el número de constructos y que expliquen por qué existe este particular conjunto de constructos y no otros. La lista de necesidades de Murray constituye un ejemplo. No hay nada dentro de esta perspectiva que establezca un límite al número de necesidades que podrían afirmarse que existen. Lo mismo es cierto con respecto a los rasgos o los instintos. De igual manera, los modelos factoriales de la personalidad, obtenidos a través de medios metodológicos en vez de teóricos, no saben explicar por qué hay cinco, seis o siete factores. La justificación se elabora *post hoc,* después de que se ha aplicado la metodología y la naturaleza de las saturaciones factoriales se encuentra dispuesta para ser inspeccionada. La existencia y el significado de los factores se justifican después de su extracción. Aquí se ha de aceptar, como un dogma de fe, que la metodología es suficiente para revelar las verdaderas dimensiones de la naturaleza. Si se examina la historia de cada una de las escuelas pasadas, se encontrará que ninguna perspectiva ha sido capaz de limitar el número de constructos que podrían ser establecidos por algún teórico que escribiese, dentro de esa perspectiva, sobre la potencia de los principios teóricos de ese ámbito. Como consecuencia, los estudios sobre la estructura de estos ámbitos suelen producir listas de constructos, tales como las de necesidades, las de estilos atribucionales o las de instintos. Cuando una llega a ser molesta a causa de su extensión, se puede aplicar una metodología inductiva como forma de hacer que el número de constructos sea más manejable. Obviamente, el acto de listar los constructos originales de un ámbito se parece a la etapa de la historia natural de la ciencia, de Hempel, y alega que se deben buscar otros límites que pongan freno, teóricamente, tanto al número como a la naturaleza de los constructos de la personalidad.

¿Por qué las escuelas históricas se han encontrado siempre con esta dificultad? Como enfoques basados en las partes de la persona total, ése es su destino. La taxonomía bordea siempre los límites. Inevitablemente, las listas de constructos, como las listas de necesidades o las de atribuciones, están coordinadas con los límites lógicos sólo dentro de una perspectiva. Por ejemplo, el ciclo interpersonal organiza el comportamiento humano en términos de las dimensiones de agencia y comunión, expresadas en las dimensiones de rasgo bipolar de dominancia-sumisión y de amor-odio. En esencia, estas dimensiones reflejan la naturaleza vertical y horizontal de las

relaciones en los asuntos humanos. Obviamente, el círculo es una fuerza organizadora poderosa en el ámbito interpersonal. Sin embargo, fuera de este ámbito, lejos de las variables que constituyen su propia provincia, su poder organizador comienza a desvanecerse. El poder del círculo interpersonal para organizar las variables en la perspectiva neurológica, por ejemplo, no está nada claro. Por el contrario, los modelos neurobiológicos suelen funcionar bien en su ámbito, pero bastante peor fuera de él. El argumento con respecto a la dificultad de diferentes perspectivas para abarcar toda la personalidad es, por consiguiente, casi tautológico: una perspectiva no puede abarcar el todo precisamente porque es una perspectiva. Al establecer sus límites "dentro de la persona", es imposible, desde un punto de vista lógico, que cualquier perspectiva sobre la personalidad desarrolle constructos que abarquen la personalidad desde el análisis en el que la misma personalidad existe, es decir, como un fenómeno total.

Por el contrario, los límites de la teoría evolucionista son casi tan objetivos como puedan ser los límites de la naturaleza. El primer límite se encuentra entre la persona y el ambiente, es decir, entre el organismo y el contexto. Tanto si trabajamos con unidades de análisis limitadas por la perspectiva que se centran en las conductas, o en las cogniciones, o en los procesos inconscientes, o en los defectos biológicos, etc. como si abordamos los sistemas contextuales que se centran en el ambiente más amplio, en la familia, en el grupo o en las condiciones socioeconómicas y políticas de la vida, el punto de paso, el lugar que une las partes con los contextos, es la persona, el individuo, el único medio sustantivo en el que todos estos estímulos entrantes son sintetizados de forma genuina. El segundo límite añade la dimensión del tiempo: aunque es fructífero considerar al organismo con sus propios términos y como una entidad que transacciona con sus contextos, se tiene que dar la debida importancia a cómo evoluciona el organismo-dentro-del-contexto. De esta forma, nos encontramos con tres imperativos evolucionistas, siendo cada uno de ellos un aspecto necesario de la matriz total de la evolución. En primer lugar, todo organismo tiene que sobrevivir. En segundo lugar, se tiene que adaptar a su ambiente. Y, en tercer lugar, se tiene que reproducir. Con cada uno de estos imperativos está emparejada una polaridad que expresa la manifestación de cada polaridad en la vida del organismo individual, dando, por consiguiente, contenido a la teoría. Así, con el fin de sobrevivir, un organismo trata de maximizar el placer y minimizar el dolor. Con el fin de adaptarse, un organismo tiene que someterse pasivamente a los recursos y límites que ofrece el ambiente o bien reformarlo activamente para satisfacer sus necesidades y preparar sus oportunidades. Y, finalmente, con el objetivo de reproducirse, un organismo tiene que adoptar una estrategia masculina clásica y orientada hacia sí mismo para producir mucha descendencia con poca inversión, o una estrategia femenina clásica y orientada hacia los demás para producir pocos o un solo descendiente, mientras dedica mucha mayor inversión de tiempo y recursos. No hay intereses evolucionistas más esenciales que éstos. Igualmente, no existen límites más fundamentales que los de la existencia, el espacio y el tiempo. En consecuencia, sólo puede haber una ciencia de la personología, una metapsicología necesaria y suficiente de la naturaleza humana.

26.5.4. *La psicoterapia sinèrgica*

Nuestro argumento completo hasta aquí se ha obtenido al considerar las implicaciones de las propiedades sintetizadoras formales del constructo de la personalidad para una ciencia de la misma. La historia dogmática de la psicoterapia, así como las reacciones contemporáneas a esta historia, han tenido lugar por el fracaso en apreciar la importancia de desarrollar una ciencia de la personalidad capaz de considerar el constructo en su propio nivel intrínseco de análisis, es decir, como un fenómeno total. Una vez obtenida una taxonomía necesaria y suficiente de la naturaleza humana, una que se asemeje a la tabla periódica de los elementos en química o al modelo estándar de la física, volvámonos hacia la psicoterapia propiamente dicha con el fin de determinar cómo el mismo constructo de la personalidad dicta los modos ideales de la psicoterapia que los clínicos pueden emular en sus propias prácticas.

Una queja histórica y, aún hoy día, frecuentemente expresada sobre el diagnóstico, es su inutilidad para propósitos terapéuticos. Los problemas de la personalidad que nuestros pacientes nos traen a la clínica son una estructura inextricablemente entrelazada de comportamientos, cogniciones y procesos intrapsíquicos, mantenidos juntos por bucles de retroalimentación y que desenvuelven, de forma seriada, las concatenaciones que surgen en diferentes momentos y con configuraciones dinámicas y cambiantes. Al igual que sucede con las variables a través de la matriz entera de la persona, una terapia de la personalidad debe de ir paralela a la estructura formal de lo que se está tratando. Lejos de estar practicando terapias orientadas a las partes o a ámbitos únicos, los clínicos deberían proveerse de formas de terapia que tengan un potencial de eficacia suficiente para abordar la tenacidad de la misma personalidad. La psicoterapia sinèrgica debería concebirse como una configuración de estrategias y tácticas en las que cada técnica de intervención se selecciona no sólo por su eficacia para resolver características patológicas singulares, sino también por su contribución al conjunto general de los procedimientos de tratamiento, entre los que es uno más (Millon, 1999). Las patologías de la personalidad representan una clase de trastornos en los que la lógica de la disposición integradora constituye la elección terapéutica óptima y necesaria. La cohesión (o la falta de ella) de las funciones y estructuras psíquicas entrelazadas de forma compleja es lo que distingue a los trastornos de la personalidad de otros síndromes clínicos. Estos trastornos son intrínsecamente multideterminados y sistémicos. Cada parte está directa o indirectamente unida a las demás. El sinergismo emergente resultante confiere a la totalidad una tenacidad clínica que hace de la personalidad una "cosa" real para ser tenida en cuenta por cualquier terapeuta. La clave para elaborar nuevas formas de psicoterapia adecuadas para el tratamiento reside en construir nuevas maneras de terapia, que son tan complejas potencialmente como la misma personalidad. Para igualar la tenacidad de la personalidad, la terapia tiene también que llegar a ser más que la suma de sus partes. Estas formas de terapia no pueden deducirse de las ideas del eclecticismo o de los factores comunes, sino únicamente por medio del "superávit de significado" contenido dentro de la idea misma de la personalidad.

26.5.5. Potenciar los emparejamientos

El primero de los procedimientos sinérgicos que recomendamos (Millon, 1988, 1990, 1999) se denomina "emparejamientos potenciados". Aquí, dos o más métodos de tratamiento se combinan simultáneamente para superar las características problemáticas que podrían ser refractarias si se administrase cada técnica de forma separada. Estos compuestos terapéuticos impulsan el cambio en una serie de frentes, de modo que la terapia llega a ser multioperacional y tan tenaz como la patología tratada. La terapia cognitivo-conductual es una ilustración popular actual de dicha técnica.

La necesidad de los emparejamientos potenciados puede extraerse de las propiedades generales de la personalidad como sistema. En aquellos casos en los que las características potenciales de la personalidad son inherentes a múltiples ámbitos, es poco probable que sean tratadas con éxito a través de un único ámbito. Supongamos, por ejemplo, que un paciente se presenta con una dependencia extrema. Se podría emplear un enfoque conductual para recompensar las conductas eficaces, asertivas y autónomas. Sin embargo, si la dependencia sirve al propósito psicodinámico de prevenir la pérdida de uno de los cuidadores o para apartar al sujeto de las exigencias de etapas evolutivas más maduras, un enfoque conductual solo es poco probable que tenga éxito. Aquí, la dependencia está anclada en los terrenos conductual y de relaciones objetales. Si el paciente, además, experimenta cogniciones catastróficas cuando contempla la posibilidad de actuar de forma autónoma, entonces tenemos tres ámbitos que se entrelazan mutuamente para mantener la patología y tres frentes en los que la terapia podría actuar de forma simultánea. De esta forma, las "contracogniciones" adaptativas podrían utilizarse para combatir los sentimientos subjetivos de rotura del vínculo en la esfera de las relaciones objetales, mientras que, simultáneamente, fomentan los esfuerzos conductuales hacia la aserción y la independencia.

26.5.6. Las secuencias catalíticas

El segundo procedimiento sinèrgico se recoge en el término "secuencia catalítica". Aquí se intenta planificar el orden en el que se llevan a cabo los tratamientos coordinados, de modo que los arreglos terapéuticos y su aplicación en el tiempo optimicen el impacto de los cambios, que serían menos eficaces si se aplicasen en una combinación secuencial. Así, en una secuencia catalítica, por ejemplo, se podría intentar, en primer lugar, modificar el tartamudeo de un paciente por medio de los procedimientos directos de mejorar de la conducta que, si se logra, facilitaría el empleo de los métodos cognitivos para producir cambios en la imagen de autoconfianza de uno mismo, fomentando, a su vez, la utilidad de las técnicas interpersonales para realizar mejoras en las relaciones sociales.

Quizá podamos comprender mejor el proceso integrador de la terapia sinèrgica si pensamos en los ámbitos de la personalidad como análogos a las secciones de una orquesta y las características patológicas de un paciente como un grupo de instrumentos discordantes: se puede ver a los terapeutas como directores de orquesta cuya tarea con-

siste en conseguir un equilibrio armonioso entre los músicos, callando a algunos aquí, elevando a otros allí, todo con el fin de aplicar su conocimiento sobre la mejor manera en la que la "composición" pueda resultar armoniosa. La tarea no es la de modificar sólo un instrumento, sino la de cambiar todos, en concierto. Al igual que la música requiere un equilibrio compuesto de contrapuntos armónicos, pautas rítmicas y combinaciones melódicas, lo que se necesita en la terapia personológica es un programa sinèrgico y equilibrado similar, una estrategia coordinada de técnicas compensadas elaboradas para optimizar los efectos del tratamiento de un modo ideográfico combinatorio y secuencial.

26.5.7. *Los ámbitos de la personalidad*

Para elaborar arreglos sinérgicos reales, tenemos que impulsar el poder generador de la teoría evolucionista con el fin de operacionalizar tan claramente como sea posible los constructos de la personalidad provenientes de ella. La teoría contiene tres niveles distintos en los que se especifican sus contenidos. El primero reside en las polaridades mismas. Este nivel nos dice que toda la personalidad está implicada, en el grado más elevado de abstracción, con el dolor-placer, la actividad-pasividad y uno mismo-los otros. El segundo nivel se basa en la derivación de los constructos de la personalidad como combinaciones de esas distintas polaridades, tal y como se puede ver en la figura 26.1. El tercer y último nivel se refiere a las manifestaciones de cada constructo a través de los diferentes ámbitos de la personalidad. Operacionalizando los constructos de la teoría de esta manera, las distintas escuelas teóricas se integran y se centran en comprender al individuo como una entidad única y singular. En otras palabras, únicamente por medio de los ámbitos de la personalidad puede lograrse una genuina comprensión ideográfica de la persona, así como desarrollar formas de terapia genuinamente ideográficas.

Quizás el mejor camino para organizar los ámbitos de la personalidad se encuentra en la distinción que se realiza en las ciencias biológicas entre estructura y función. La ciencia básica de la anatomía investiga estructuras internas y, esencialmente, permanentes, que sirven, por ejemplo, como sustratos del estado de ánimo y la memoria, mientras que la fisiología examina las funciones subyacentes que regulan la dinámica interna y las transacciones externas. Como totalidad integrada, la personalidad tiene que depender de los ámbitos estructurales y funcionales, tal y como lo hace todo organismo. Más adelante presentaremos nuestro concepto de los ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad. En la mayoría de los casos, estos ámbitos se asemejan a los enfoques más importantes del área. De este modo, nada es realmente nuevo, excepto el hecho de que estos ámbitos se presentan en yuxtaposición como un medio de obtener una completa representación de cualquier estilo específico de la personalidad, que evite los dogmatismos pasados de la teoría de la personalidad, de igual forma que los psicoterapeutas deben intentar romper con su propio pasado de orientación en alguna escuela. El ámbito de los "actos expresivos" representa el legado conductual de Thorndike, Skinner y Hull, por ejemplo, mientras que el ámbito del "comportamiento interpersonal" representa la tradición interpersonal, iniciada con Sullivan y manifestada hoy día por medio de Kiesler,

Wiggins y Benjamin, entre otros. El ámbito del "estilo cognitivo" intenta representar la tradición cognitiva, de la que Beck es el exponente actual más notable, mientras que los ámbitos de "mecanismos reguladores" y "representaciones del objeto" se asemejan a las ideas de los mecanismos de defensa y las relaciones del objeto de la escuela psicodinàmica. Todos estos constituyen enfoques legítimos de la personalidad y, por medio de su misma existencia, proporcionan apoyo empírico al paradigma estructural avanzado anteriormente, señalando que es mejor pensar en las patologías de la personalidad como trastornos de la matriz entera de la persona. Salvo que deseemos volver al pasado dogmático de orientación en las escuelas de la psicoterapia, tenemos que estar preparados para aceptar que cada una de estas perspectivas constituye una demanda legítima sobre el contenido de la personalidad. De igual manera, si la terapia tiene que ser completa, debe buscar formas de expresión que aborden los trastornos del Eje I como patologías ancladas a lo largo de cada uno de estos ámbitos. La alternativa es la reducción de esta compleja matriz a alguna perspectiva única, sea conductual, cognitiva, psicodinàmica o, en otras palabras, adoptar de nuevo el pasado, tratar una parte como si fuera el todo.

26.5.8. *Ambitos funcionales*

Las características funcionales representan los procesos dinámicos que transpiran dentro del mundo intrapsíquico entre el sí mismo del individuo y el contexto psicosocial. Para propósitos de definición, los ámbitos funcionales representan "formas expresivas de la actuación reguladora", es decir, conductas, comportamientos sociales, procesos cognitivos y mecanismos inconscientes que manejan, adaptan, transforman, coordinan, equilibran, descargan y controlan el "toma y daca" de la vida interna y externa. En las siguientes líneas se describirán brevemente cuatro ámbitos funcionales relevantes para la personalidad:

Actos expresivos. Estos atributos se refieren a los aspectos observables que se encuentran a "nivel conductual" de datos y, habitualmente, se registran anotando qué hace y cómo actúa la persona. Por medio de la inferencia, las observaciones de la conducta manifiesta nos permiten deducir bien lo que la persona inconscientemente revela sobre sí misma o, por el contrario, lo que desea que los demás piensen o conozcan sobre él/ella. El rango y el carácter de los actos expresivos no sólo son amplios y diversos, sino que también transmiten información clínica valiosa y característica, desde comunicar una sensación de incompetencia personal pasando por manifestar defensividad general hasta mostrar un autocontrol disciplinado, etc.

Comportamiento interpersonal. El estilo de una persona de relacionarse con los demás se observa también en el nivel "conductual" de datos y puede captarse de distintas formas, como la manera en la que sus acciones impactan sobre los demás, intencionadamente o no, las actitudes que subyacen, impulsan o dan forma a esas acciones, los métodos por medio de los cuales compromete a los demás a satisfacer sus propias necesidades o su forma de afrontar los conflictos y las tensiones sociales. Extrapolando estas obser-

vaciones, el clínico puede construir una imagen sobre cómo el paciente funciona en relación a los demás, ya sea de forma antagonista, respetuosa, aversiva, escondida, etc.

Estilo cognitivo. Cómo el individuo percibe los acontecimientos, centra su atención, procesa la información, organiza los pensamientos y comunica reacciones e ideas a los demás representa datos a un "nivel fenomenológico" y se encuentran entre los índices más útiles para el clínico sobre el modo característico de funcionar del paciente. Al sintetizar estas características o síntomas, sería posible identificar señales de lo que podría denominarse estilo empobrecido, pensamiento distraído, frivolidad cognitiva, pensamiento oprimido. Así, a menudo contribuyen a una secuencia de acontecimientos que intensifican los mismos problemas que intentan evitar. Los mecanismos representan, habitualmente, procesos internos y, por tanto, son más difíciles de discernir y describir que los procesos anclados más cerca del mundo observable. A pesar de los problemas metodológicos que presentan, la tarea de identificar qué mecanismos se eligen (p. ej., racionalización, desplazamiento, formación reactiva) y el grado en el que se emplean es extremadamente útil en una evaluación amplia de la personalidad.

26.5.9. *Ambitos estructurales*

Los atributos estructurales representan plantillas profundamente enraizadas y relativamente duraderas de recuerdos, actitudes, necesidades, temores, conflictos, etc. grabados, que dirigen la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos de la vida, encauzando las acciones y experiencias para que concuerden con las inclinaciones y expectativas preformadas. Seguidamente se describirán con brevedad cuatro ámbitos estructurales relevantes para la personalidad.

Imagen de uno mismo. Conforme se va dominando el mundo interior de los símbolos a través del desarrollo, el "torbellino" de acontecimientos que zarandea al niño va dando paso a un progresivo sentido de orden y continuidad. Surge una gran configuración para imponer medidas de continuidad a un entorno que, de otra manera, sería constantemente cambiante, a la percepción de uno mismo como objeto, y a un característico y siempre presente e identificable "yo". La identidad propia emana en gran medida de conceptos extraídos a un nivel de análisis "fenomenológico"; es especialmente significativo para proporcionar una base estable que guíe y dé continuidad a la experiencia cambiante. Aunque casi todas las personas mantienen un sentido implícito de "quiénes son", los individuos se diferencian notablemente en la claridad y la precisión de sus autointrospecciones.

Representaciones objetales. Las experiencias tempranas significativas dejan una impronta interna, un residuo estructural compuesto de recuerdos, actitudes y afectos que funcionan como un sustrato de disposiciones para percibir y reaccionar frente a los acontecimientos de la vida. Así, estas representaciones son propias del terreno "fenomenológico". De forma análoga a los distintos sistemas orgánicos de los que se compone el cuer-

po, tanto el carácter como la esencia de estas representaciones interiorizadas de figuras y relaciones significativas del pasado pueden diferenciarse y analizarse con propósitos clínicos. Las variaciones en la naturaleza y el contenido de este mundo interno pueden asociarse con distintos descriptores, incluyendo los de superficial, fastidioso, indiferenciado, oculto e irreconciliable.

Organización morfológica. La arquitectura global que funciona como un marco para el interior psíquico de un individuo puede manifestar debilidad en su cohesión estructural, mostrando una coordinación deficiente entre sus componentes o disponiendo de pocos mecanismos para mantener el equilibrio y la armonía, regular conflictos internos o mediar presiones externas. El concepto de organización morfologica se refiere a la fortaleza estructural, a la congruencia interior y a la eficacia funcional del sistema de la personalidad. La "organización" de la mente es un concepto derivado, casi en exclusiva, de las inferencias realizadas a un "nivel intrapsíquico" de análisis; es un concepto similar a, y empleado junto con, las ideas psicoanalíticas actuales de los niveles psicòtico y límite, pero esta utilización suele estar restringida, refiriéndose, en esencia, a los grados cuantitativos de la patología integradora, no a las variaciones en la configuración o en el carácter integradores.

Temperamento-estado de ánimo. Pocos aspectos observables son clínicamente mas relevantes desde el nivel "biofísico" de los datos que el carácter predominante del afecto de un individuo y la intensidad y frecuencia con la que se expresa. El ' significado de las emociones extremas es fácil de descifrar. Esto no ocurre con los estados de ánimo y los sentimientos que impregnan insidiosa y repetitivamente las relaciones y experiencias de la persona. No sólo se transmiten las características expresivas del estado de ánimo y de los impulsos por medio de términos como aturdido, lábil, inestable u hostil, comunicados por medio del autoinforme, sino que se revelan también, aunque de forma indirecta, en el nivel de actividad, en la calidad del discurso y en la apariencia física del paciente.

26.5.10. La planificación de los arreglos sinérgicos

La planificación de los arreglos sinérgicos requiere de un conocimiento de determinados errores conceptuales habituales que limitan el potencial ideográfico de los ámbitos de la personalidad. En Estados Unidos, la mayoría de los clínicos trabajan dentro del sistema diagnóstico del DSM-IV-TR, siguen el modelo médico y, en consonancia, creen que el propósito de la taxonomía es el diagnóstico. Este punto de vista es incorrecto y es la causa de muchas de las objeciones con respecto al Eje II. Por ejemplo, muchos clínicos se quejan de que sus pacientes reciben tres, cuatro o más diagnósticos de trastorno de la personalidad, un hecho que ha llevado a algunos profesionales a expresar su insatisfacción con el esquema del DSM-IV-TR y defienden su sustitución por otros constructos con una perspectiva más restringida, como las patologías del carácter o incluso del modelo de los Cinco Grandes Factores.

A un nivel más profundo, la mayoría de las quejas con respecto al DSM-IV-TR como sistema de diagnóstico se refieren a un concepto erróneo básico sobre los mismos propósitos de un sistema de clasificación y su relación con la evaluación. Sobra decir que la naturaleza no tiene que seguir nuestras necesidades para conseguir un universo bien ordenado. Tampoco los pacientes deben encajar perfectamente en nuestros constructos de diagnóstico. Cuando la teoría, la taxonomía y la terapia están estrechamente unidas, es decir, cuando el objetivo de un sistema de clasificación es la comprensión de la persona total y la planificación de los arreglos sinérgicos apropiados es congruente con este conocimiento, los constructos de un sistema de clasificación pueden servir únicamente como puntos de referencia frente a los que se debe comparar al individuo. En el modelo médico, la cuestión es qué diagnóstico recibirá el paciente. Sin embargo, en el modelo de sistemas, las cuestiones son: "¿Por qué recibe la persona estos diagnósticos concretos o estas puntuaciones del perfil y no otros?" "¿Cómo interactúan las características del individuo con la familia, el trabajo, la escuela y otros contextos para dar lugar a la formación de síntomas?" Y, finalmente: "¿Qué ámbitos de la personalidad proporcionan ventajas y limitaciones en el funcionamiento?" Aquí, los constructos de un sistema de clasificación simplemente proporcionan un punto de partida para la comparación y el contraste, con el fin de lograr la comprensión de la complejidad de la persona total. Es decir, el propósito mismo de la evaluación psicológica es la falsación del sistema diagnóstico con respecto al paciente actual. Cuando en el curso de la evaluación y la interpretación empiezas a pensar que tu conocimiento del sujeto ha alcanzado el punto en el que las etiquetas nosológicas originarias ya no se pueden aplicar de forma adecuada, sino que tiene que ser calificadas y matizadas, entonces has falseado el sistema de clasificación con respecto a este individuo y te has embarcado en una comprensión ideográfica verdadera de la persona. Obviamente, esa comprensión requiere un conocimiento de todos los ámbitos en los que está implicada la personalidad.

Una cuestión habitual planteada a menudo se refiere a los mecanismos de cambio en la psicoterapia sinèrgica. Aunque la personalidad en general, como constructo, es el modelado de variables a través de la matriz entera de la persona, la evaluación y la terapia de casos específicos se dirigen a determinar qué ámbitos de la personalidad restringen más el comportamiento de la persona concreta. Es decir, ¿qué ámbitos son los responsables de desencadenar la patología? Obviamente, la respuesta será diferente para personas distintas, un acontecimiento será diferente para distintos pacientes dentro del mismo diagnóstico de trastorno de la personalidad. Los problemas de algunos antisociales, por ejemplo, provienen de un temperamento impulsivo. Estos individuos habitualmente actúan de forma prematura guiados por sus emociones e impulsos básicos, sin suficiente consideración con respecto a cómo ve la sociedad sus acciones o cómo podrían afectar las consecuencias de sus actos a su satisfacción a largo plazo en la vida. Sin embargo, los problemas de otros sujetos antisociales provienen de modelos parentales inadecuados y destructivos. Una vez que la patología se ha aislado y concretado a la interacción de varios ámbitos, los procesos de cambio intrínsecos a estos ámbitos se pueden adaptar bien en los emparejamientos potenciados o en las secuencias catalíticas para tratar la patología de la forma más precisa y adecuada posible.

La capacidad para elegir y entrelazar técnicas de toda la bibliografía sobre la teoría de la personalidad proporciona a la psicoterapia sinèrgica un alcance enorme que no tiene otra terapia. Sin embargo, hace también que sea difícil escribir sobre la psicoterapia sinèrgica a un nivel inferior al de los principales estilos teóricos de la personalidad. De este modo, comienza a darse la necesidad de escribir sobre la terapia en abstracto en las formulaciones cada vez más estrechas *y* específicas de los tipos de la personalidad, como combinaciones de los principales estilos de la personalidad o incluso los más específicos subtipos de la personalidad (Millon *y* Davis, 1996, 2000). Y así es exactamente como debería ser: los clínicos no tratan prototipos, tratan individuos. Las técnicas formales de la terapia sinèrgica, emparejamientos potenciados *y* secuencias catalíticas, se derivan de la naturaleza del constructo de la personalidad, es decir, de las propiedades formales de la personalidad como idea integradora, vista como algo más que la suma de sus partes. Pero estas técnicas se llenan de contenido por el individuo sentado en la sala de terapia *y* por el proceso de evaluación a través del cual el terapeuta intenta comprender la interacción de las características de los ámbitos que posee la persona.

26.7. Obstáculos a la psicoterapia sinèrgica

Algunos trabajos anteriores (Millon, 1986, 1990; Millon y Davis, 1996, 2000) han descrito los atributos funcionales *y* estructurales para cada uno de los trastornos de la personalidad. Estos atributos se han elaborado para que sean amplios *y* comparables, es decir, que describan exhaustivamente los principales ámbitos de la personalidad, mientras ofrecen descripciones a un nivel de aproximadamente igual abstracción. La incorporación de todas las personalidades del DSM-III-R *y* el DSM-IV-TR proporciona dos matrices, que se pueden ver unidas en la figura 26.4. Cada celda de la matriz contiene el atributo o criterio diagnóstico que mejor recoge la expresión del estilo de la personalidad en ese ámbito. Si se considera verticalmente, la matriz facilita sencillas comparaciones *y* contrastes de los trastornos a lo largo de las áreas de contenido. Horizontalmente, sugiere que los criterios deben ser evaluados conjuntamente a lo largo de una serie de áreas de contenido, con el fin de llegar a una clara representación de cada tipo ideal. La primera forma consigue una validez discriminante; la segunda una validez convergente.

26.7.1. *La confusión entre estilos y rasgos de la personalidad*

Los constructos derivados del modelo evolucionista pueden describirse como estilos o como trastornos de la personalidad. La distinción entre los dos se basa en el nivel de normalidad *y* patología, con los estilos de la personalidad deslizándose gradualmente hacia trastornos de la personalidad. Sin embargo, puede considerarse que ambos están compuestos de rasgos de la personalidad. Los estilos *y* los trastornos son constructos de orden superior, mientras que los rasgos son características más restringidas. Algo más importante aún es que los estilos *y* los trastornos se refieren a los constructos que integran la parte de las fun-

Trastornos	Actos conductuales	Comportamiento interpersonal	Estilo cognitivo	Mecanismos reguladores	Imagen de sí mismo	Representaciones objetales	Organización morfológica	Estado de ánimo/ temperamento
Esquizoide	Impasibles	Desvinculado	Empobrecido	Intelectualización	Complaciente	Escasas	Indiferenciada	Apático
Por evitación	Quejumbrosos	Aversivo	Distraído	Fantasía	Apartada	Molestas	Frágil	Angustiado
Depresivo	Desconsolados	Indefenso	Pesimista	Ascetismo	Inútil	Abandonadas	Disminuida	Melancólico
Por dependencia	Incompetentes	Sumiso	Ingenuo	Introyección	Inepta	Inmaduras	Rudimentaria	Pacífico
Histriónico	Teatrales	Buscando atención	Frívolo	Disociación	Gregaria	Superficiales	Inconexa	Inestable
Narcisista	Arrogantes	Explotador	Expansivo	Racionalización	Admirable	Artificiales	Falsa	Imperturbable
Antisocial	Impulsivos	Irresponsable	Desviado	Actuación manifiesta	Autónoma	Devaluadas	Indisciplinada	Insensible
Sádico	Precipitados	Agresivo	Dogmático	Aislamiento	Combativa	Perniciosas	Explosiva	Hostil
Obsesivo-compulsivo	Disciplinados	Respetuoso	Oprimido	Formación reactiva	Escrupulosa	Ocultas	Compartimentada	Solemne
Negativista	Resentidos	Opuesto	Escéptico	Desplazamiento	Descontenta	Vacilantes	Divergente	Irritable
Masoquista	Abstinentes	Deferente	Inseguro	Exageración	Sin valía	Desacreditadas	Invertida	Disfórico
Esquizotípico	Excéntricos	Reservado	Autista	Anulación	Enajenada	Caóticas	Fragmentada	Aturdido o insensible
Límite	Irregulares	Paradójico	Caprichoso	Regresión	Insegura	Incompatibles	Dividida	Lábil
Paranoide	A la defensiva	Provocador	Suspicaz	Proyección	Inviolable	Inalterables	Inflexible	Irascible

Figura 26.4. Atributos de la personalidad a través de los ámbitos funcionales y estructurales.

ciones de la personalidad, mientras que los rasgos son simples consistencias conductuales de los distintos ámbitos de la misma. La distinción entre estos dos niveles es esencial. Los constructos derivados del modelo evolucionista existen a nivel de los estilos de la personalidad, no al de los rasgos de la personalidad. Si se establecieran como simples rasgos, el modelo no sería integrador. Por el contrario, sería paradójico: una teoría que empieza con la personalidad como la secuenciación de variables a lo largo de la matriz de la persona posiblemente no pueda ser integradora si sólo da lugar a funcionamientos parciales, como el comportamiento interpersonal o los estilos cognitivos. Es decir, una teoría de los trastornos de la personalidad genuinamente sintetizadora debería ser capaz de tratar con la personalidad como un organismo completo. Debido a que el DSM y la CIE no reconocen diferencias formales entre los estilos y los rasgos de la personalidad, muchos terapeutas consideran, implícitamente, a los constructos de la personalidad de estas nomenclaturas como rasgos unitarios, que en forma descendente van desde la patología hasta la normalidad. Cuando se consideran como rasgos individuales, no existe el impulso, por parte de los terapeutas, para investigar la configuración de las características del ámbito que componen la personalidad del individuo en tratamiento. La evaluación es, de esta forma, finalizada prematuramente con la conclusión de que el sujeto tiene una elevada puntuación en el rasgo de la dependencia, por ejemplo. A su vez, las formas más sofisticadas de terapia, como los emparejamientos potenciados y las secuencias catalíticas, que se apoyan en este conocimiento de la configuración, se vuelven imposibles de llevar a cabo.

26.7.2. Los *patrones diagnósticos actuales*

El modelo médico del DSM-IV-TR es inconsistente con el constructo de la personalidad en al menos tres aspectos. En primer lugar, la normalidad y la patología existen sobre un continuo. No existe una clara línea divisoria entre la normalidad y la patología. En segundo lugar, con la incorporación del modelo multiaxial en el DSM-III, se le dio a la personalidad un papel contextual con respecto a las psicopatologías clásicas, como enfermedades, del Eje I. La personalidad no es una enfermedad médica, sino que se convierte más bien en un constructo inmunológico que predispone o protege contra el desarrollo de los síntomas psicopatológicos clásicos. Si se tiene que mantener el término diagnóstico, sólo debe ser un medio taquigráfico para señalar que el paciente "necesita intervención" o que el individuo está funcionando "en el rango clínico". El diagnóstico sólo se interesa en si el individuo representa un "caso", como un asunto pragmático, en vez de ontológico. Además, los criterios del DSM-IV-TR no son ni amplios (no se ha desarrollado un esquema real por medio del cual coordinar y afianzar los atributos de la personalidad) ni comparables (los criterios poseen la gama desde muy amplios hasta muy específicos). Para los terapeutas que desean tratar los trastornos de la personalidad de una forma proporcionada a su naturaleza intrínseca, el fracaso del DSM para ofrecer atributos amplios y comparables para cada trastorno de la personalidad plantea serios problemas. Los criterios de los trastornos de la personalidad deberían hacer algo más que clasificar a las personas en categorías, una función más bien minimalista. Por el contrario, los criterios diagnósticos de-

Cuadro 26.1. *Operacionalización funcional-estructural del prototipo narcisista.*

Procesos funcionales	*Atributos estructurales*
Expresivamente arrogante Por ejemplo, actúa de forma arrogante, altanera, pomposa y desdeñosa, burlándose de las reglas convencionales de la convivencia social en común, considerándolas superficiales o inaplicables para él; muestra una descuidada falta de atención por la integridad personal y una indiferencia presuntuosa hacia los derechos de los demás.	*Imagen de sí mismo admirable* Por ejemplo, cree que es una persona de mérito, especial -si no única- que es merecedora de una gran admiración; se comporta de forma grandiosa o con gran confianza, a menudo sin los logros correspondientes; tiene un elevado concepto de sí mismo, a pesar de ser visto por los demás como egoísta, desconsiderado y arrogante.
Interpersonalmente explotador Por ejemplo, se siente en su derecho, carece de empatia y espera favores especiales sin asumir las responsabilidades correspondientes; se toma excesiva confianza con los demás sin ningún reparo y los utiliza para fortalecer el sí mismo y satisfacer sus propios deseos.	*Representaciones objetales artificiales* Por ejemplo, las representaciones interiorizadas están compuestas en mayor medida de lo habitual por recuerdos ilusorios y cambiantes sobre relaciones pasadas; los impulsos y conflictos inaceptables se remodelan rápidamente conforme surge la necesidad.
Cognitivamente expansivo Por ejemplo, tiene una imaginación desenfrenada y está enfrascado en preocupaciones con fantasías inmaduras y autoglorificantes de éxito, belleza o amor; está mínimamente limitado por la realidad objetiva, se concede licencias en cuanto a los hechos y suele mentir para mantener sus propias ilusiones.	*Organización falsa* Por ejemplo, las estructuras morfológicas que subyacen a las estrategias defensivas y de afrontamiento suelen ser frágiles y transparentes, parecen más sólidas y dinámicamente organizadas de lo que son en realidad, controla los impulsos sólo mínimamente, encauza las necesidades con pocas limitaciones y crea un mundo interno en el que desaparecen los conflictos, los fracasos se compensan rápidamente y la autoestima se reafirma con facilidad.
Mecanismo de racionalización Por ejemplo, se engaña a sí mismo y suele elaborar razones plausibles para justificar su egocentrismo y sus comportamientos socialmente desconsiderados; pone pretextos para situarse en la mejor posición posible, a pesar de la evidencia de sus errores o fracasos.	*Estado de ánimo imperturbable* Por ejemplo, manifiesta un aspecto general de indiferencia, imperturbabilidad y falsa tranquilidad; aparenta una frialdad difícilmente impresionable llena de boyante optimismo, excepto cuando se ve amenazada la confianza narcisista, momento en el que se manifiesta brevemente la ira, la vergüenza o los sentimientos de vacío.

berían fomentar un conocimiento profundo e integrador del paciente a lo largo de todos los ámbitos en los que se expresa la personalidad. Los criterios del DSM-IV-TR, desproporcionadamente representados en algunos ámbitos y no existentes en otros, no pueden realizar esta función. Por el contrario, la psicoterapia sinèrgica requiere una evaluación detallada de todos los ámbitos en los que podrían existir obstáculos al funcionamiento de la personalidad. Debido a que un enfoque exclusivamente del DSM no reconoce esas anormalidades en muchos ámbitos, las técnicas apropiadas para estos ámbitos no pueden emplearse de manera combinatoria o en serie. Por ejemplo, el cuadro 26.2 proporciona los criterios del DSM para la personalidad narcisista. Éstos pueden examinarse en términos de los ocho ámbitos funcionales y estructurales del cuadro 26.1. Una inspección más cercana muestra que el primer, tercer, cuarto y octavo criterios pueden asignarse al ámbito de la imagen de uno mismo, mientras que el quinto, sexto y séptimo puede asignarse al ámbito interpersonal. El segundo criterio está más en línea con el estilo cognitivo, mientras que el noveno concuerda con la descripción dada del ámbito de los actos expresivos. La personalidad narcisista, tal y como se operacionaliza en el DSM-IV-TR, está fuertemente representada en términos de la imagen de sí mismo y de los aspectos interpersonales, un hecho que puede guiar al terapeuta hacia el tratamiento de las dificultades en estos dos ámbitos, con la completa exclusión de cuatro ámbitos y la práctica eliminación de los ámbitos del estilo cognitivo y de los actos expresivos, que están representados cada uno por un único criterio. De forma específica, los aspectos defensivos o reguladores del trastorno se han omitido totalmente, a pesar de los orígenes y la historia del constructo. ¿Qué implicaciones tiene esto para la marcha de la terapia? Debido a que la personalidad es un sistema funcional-estructural, el tratamiento de sus patologías se lleva a cabo mejor con el

Cuadro 26.2. *Criterios del DSM-IV-TR para el trastorno narcisista de la personalidad.*

A) Un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasías o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatia, que comienza al principio de la edad adulta y está presente en distintos contextos, como lo indican cinco (o más) de ios siguientes síntomas:

- Tiene un sentido grandioso de la propia importancia (exagera los logros y las capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
- Está preocupado por fantasías de éxito, poder, belleza o amor ideal ilimitadas.
- Cree que es "especial" y único y que sólo pueden comprenderle, o sólo debería relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de elevado estatus.
- Exige una admiración excesiva.
- Tiene la sensación de “estar en su derecho", con expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o la anuencia automática a sus expectativas.
- Tiende a la explotación interpersonal, es decir, saca provecho de los demás para lograr sus propios objetivos.
- Carece de empatia, es decir, es incapaz de reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de otras personas.
- A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia.
- Presenta actitudes o conductas arrogantes o soberbias.

conocimiento de todos los obstáculos para el funcionamiento del sistema. Por consiguiente, un terapeuta que siga el DSM-IV-TR no se dará cuenta de los importantes aspectos del funcionamiento que trabajan para reforzar y perpetuar las dificultades del paciente y, así, sabotea los resultados de la terapia. Si los obstáculos para el cambio terapéutico se encuentran en otro lugar de la personalidad, puede que el terapeuta siga tratando anormalidades superficiales en vez de la patología esencial de la personalidad del sujeto.

26.7.3. Los *obstáculos a los estudios sobre los resultados terapéuticos*

No existen investigaciones empíricas que demuestren la eficacia de la psicoterapia sinérgica. Muchos lectores no necesitarán de esos estudios, habiendo tenido muchos pacientes cuya patología de la personalidad, o bien no se ha entendido adecuadamente, o bien simplemente desborda al DSM debido a su riqueza. Además, muchos terapeutas practican ya, implícitamente, una psicoterapia sinèrgica diluida, combinando varias técnicas para distintos problemas, aunque sin las directrices taxonómicas defendidas aquí.

Desafortunadamente, incluso el diseño de los estudios sobre resultados que podrían poner a prueba la psicoterapia sinèrgica de forma empírica serían problemáticos, ya que el DSM y la CIE se consideran como los patrones tipo del diagnóstico y no existen "patrones tipo para los patrones tipo". En primer lugar, los grupos de criterios de estas nomenclaturas carecen de una visión amplia. Sin coordinación con algún conjunto de ámbitos de la personalidad, se introducen propiedades accidentales en los criterios, quedando representados algunos trastornos de forma desproporcionada en algún subgrupo de ámbitos, mientras que se olvidan completamente de otros. Los ámbitos clínicos no representan realmente nada nuevo en la personalidad. Con la excepción de la organización morfológica, todas son perspectivas tradicionales y familiares en la personalidad, provenientes de diferentes escuelas dogmáticas. Por tanto, es necesario no ser doctrinario para apoyar la idea de que los grupos de criterios actuales obstaculizarán la investigación sobre los resultados de la terapia para los trastornos de la personalidad. Un objetivo de cualquier sistema de medición es la evaluación de las propiedades importantes de los objetos que se están midiendo. Teniendo en cuenta esas distorsiones, los grupos de criterios para la investigación sobre los resultados serían sopesados de forma accidental, lo que podría plantear, por ejemplo, un acercamiento al narcisista según el DSM-IV-TR, pero no ser capaz de generalizar a la personalidad narcisista como un trastorno de la matriz completa de la persona. En segundo lugar, los criterios individuales dentro de un trastorno de la personalidad se redactan, a menudo, con diferentes niveles de abstracción. Como consecuencia, no se ha realizado ningún esfuerzo en la nosología oficial para equiparar los umbrales diagnósticos con niveles específicos de gravedad a lo largo de los trastornos. Dos individuos que cumplen con los umbrales diagnósticos deberían ser relativamente similares en términos de la gravedad de su patología. Sin embargo, en los sistemas actuales, los individuos que satisfacen los criterios diagnósticos para algunos trastornos pueden estar funcionando de forma relativamente adecuada, mientras que otros que presentan características actualmente catalogadas como subclínicas pueden tener una patología

considerable de la personalidad. En consecuencia, las preguntas de la investigación que plantean si una técnica específica es más eficaz con los dependientes que con los límite son imposibles de responder, ya que es más probable que el último sea más patológico desde el mismo momento de la selección de la muestra. En el futuro, se espera que el conocimiento de la patología de la personalidad, afianzado en la matriz completa de la persona, conduzca a grupos de criterios operacionalizados de forma más adecuada para los trastornos del Eje II y, a su vez, a una forma sinérgica de terapia tan integradora como los mismos trastornos (Millon, 1999).

26.7.4. *La educación de los profesionales*

La psicoterapia sinérgica es extremadamente exigente sobre la educación de los terapeutas y su base de conocimientos. Muchos terapeutas en Estados Unidos conocen los principios conductuales y cognitivos, por ejemplo, pero pocos reciben entrenamiento en términos de la escuela interpersonal y muchos menos reciben preparación con respecto a la importancia y la forma de operar de los mecanismos de defensa. Esos terapeutas hacen que sus pacientes se ocupen de los mismos ámbitos de la personalidad una y otra vez. Aún peor, descubren la patología sólo en aquellos ámbitos en los que han sido entrenados. Como consecuencia, sólo pueden conseguir procesos de cambio de estos mismos ámbitos, lo que hace que sea imposible una terapia ideográfica optimizada. De acuerdo con esto, los terapeutas comprometidos con la psicoterapia sinérgica requieren un enorme bagaje de conocimientos sobre la personalidad. Ninguna modalidad, por sí sola, de orientación hacia una escuela determinada proporciona a los terapeutas acceso a todos los procesos de cambio que podrían conseguirse para optimizar la eficacia terapéutica.

26.8. Conclusión

El progreso desde la psicoterapia dominada por varias perspectivas parciales sobre la personalidad hasta un eclecticismo más maduro, moldeado por factores comunes a varias psicoterapias, constituye un verdadero avance. Sin embargo, el eclecticismo es pragmático, no científico, y de esta forma no puede considerarse como un objetivo final en el progreso hacia una psicoterapia científica. Por el contrario, una psicoterapia científica requiere, en primer lugar, que las formas de terapia provengan de modelos que sean congruentes con el constructo de la personalidad y, además, que sean adecuadas como patrones ideales ante los cuales la práctica real pueda ser evaluada. En segundo lugar, que la construcción lógica de los compuestos terapéuticos sea guiada por un conocimiento profundo de los problemas del paciente, es decir, una taxonomía científica similar a la tabla periódica en química. A los movimientos que son considerados como las "fronteras" actuales todavía les faltan estos dos elementos esenciales, y es la carencia de una taxonomía científica lo que explica los hallazgos de que la mayoría de las terapias son igual de eficaces, o igual de ineficaces, dependiendo del punto de vista. Para romper con las

escuelas dogmáticas, se debe formular una taxonomía de los estilos y trastornos de la personalidad utilizando principios que puedan incluir a ésta en el nivel de análisis en el que existe el constructo mismo, es decir, como un fenómeno total. De acuerdo con ello, se deben buscar principios fuera de la propia personalidad, puesto que el objetivo no es crear otro punto de vista parcial y dogmático afirmando la importancia de algunos ámbitos nuevos de las variables de la personalidad, sino integrar las perspectivas parciales que han competido entre sí a lo largo de la historia de la psicología. Los principios evolucionistas constituyen la elección lógica en la que afianzar esa taxonomía. No sólo la evolución selecciona a favor o en contra el organismo total, sino que son la configuración de los potenciales y las características del organismo los que determinan, habitualmente, su adaptación general. A partir de estos principios, se puede deducir un grupo de estilos y trastornos de la personalidad que se operacionalizan a lo largo de distintas escuelas históricas como prueba de las propiedades generativas de la teoría y de la congruencia de sus deducciones junto con la naturaleza funcional y estructuralmente integradora de la personalidad como constructo. Esto nos proporciona una base científica a partir de la cual se pueden comprender los problemas de nuestros pacientes y diseñar nuevas formas de terapia -emparejamientos potenciados y secuencias catalíticas— que estructuren los procesos de cambio recogidos de los distintos ámbitos de la personalidad con una eficacia emergente preparada para tratar la tenacidad de la misma, considerada como la interacción de variables a lo largo de la matriz entera de la persona.

Bibliografía

Abraham, K. (1927). The influence of oral erotism on character formation. En C. A. D. Bryan y A. Strachey (dirs.), ***Selected papers on psychoanalysis.*** Londres: Hogarth.

Abrams, R. C. y Horowitz, S. V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis, ***journal of Personality Disorders, 10,*** 271-281.

— (1999). Personality disorders after age 50: A meta-analytic review of the literature. En E. Rosowsky, R. C. Abrams y R. A. Zweig (dirs.), ***Personality disorders in older adults*** (pp. 55-68). Mahwah, NJ: Lawrence.

Abramson, P, Cloud, M., Keese, N. y Keese, R. (1994). How much is too much? Dependency in a psychotherapeutic relationship. ***American Journal of Psychotherapy, 48,*** 294-301.

Abramson, L.Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. ***Journal of Abnormal Psychology, 87,*** 49-74.

Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: A synthesis of developmental dynamic and descriptive features. ***American Journal of Psychotherapy, 41,*** 499-518.

Akiskal, H. S. (1981). Subafective disorders: Dystimic, cyclotimic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. ***Psychiatric Clinics of North America, 4,*** 25-60.

Alden, L. E. (1989a). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,*** 756-764.

— (1989b). Cognitive-interpersonal treatment of avoidant personality disorder. En L. Vande-Creek, S. Knapp y T. L. Jackson (dirs.), ***Innovations in clinical practice: A source book*** (vol. 11, pp. 5-22). Sarasota, FI.: Professional Resource Press.

— (2001). Interpersonal perspectives on social phobia. En R. Crozier y L. E. Alden (dirs.), ***International handbook on social anxiety*** (pp. 381-404). Londres: Wiley.

Alden, L. E. y Capreol, M. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. ***Behavior Therapy, 24,*** 357-376.

Alden. L. E., Mellings, T. M. B. y Ryder, A. (2000). Social phobia, social anxiety, and the self. En S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (dirs.), ***From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives.*** Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

— (2004). El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento.*** Madrid: Síntesis.

Alden, L. E., Teschuck, M. y Tee, K. (1992). Public self-awareness and withdrawal from social interactions. ***Cognitive Therapy and Research, 16,*** 249-267.

Alden, L. E. y Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful interactions. ***Behaviour Research and Therapy, 33,*** 497-506.

Alderman, N., Knight, C. y Henman, C. (2002). Aggressive behaviour observed within a neurobehavioural rehabilitation service: utility of the OAS-MNR in clinical audit and applied research. ***Brain Injury, 16,*** 469-489.

Alderman, N., Davies, J. A., Jones, C. y McDonnel, P. (1999). Reduction of severe aggressive behaviour in acquired brain injury: case studies illustrating clinical use of the OAS-MNR in the management of challenging behaviours. ***Brain Injury, 13,*** 669-704.

Alderman, N., Knight, C., y Morgan, C. (1997). Use of a modified version of the Overt Aggression Scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. ***Brain Injury, 11,*** 503-23.

Alegret, M., Junqué, C., Valldeoriola, E, Vendrell, E, Martí M. J. y Tolosa, E. (2001). Obsessive-compulsive symptoms in Parkinsons disease. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 70,*** 394-396.

Alnaes, R. y Torgersen, S. (1988). DSM-III symptom disorders and personality disorders in an outpatient population. ***Acta Psychiatrica Scandinavica, 78,*** 348-355.

— (1991). Personality and personality disorders among patients with various affective disorders. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 107-121.

Aloni, R. y Katz, S. (1999). A review of the effect of traumatic brain injury on the human sexual response. ***Brain Injury, 13,*** 269-80.

Altman, I. y Taylor, D. A. (1973). ***Social penetration: The development of interpersonal relationships.*** Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

Aluja, A. (1986). ***Estudio empírico de los criterios para el diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según DSM-III: Una medida autoinformada.*** Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.

— (1991). ***Personalidad desinhibida, agresividad y conducta desinhibida.*** Barcelona: PPU.

Allport, G. (1937). ***Personality: A psychological interpretation.*** Nueva York: Holt.

American Psychiatric Association.(1952). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (l.ªed.) (DSM-I).Washington: APA.

— (1968). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (2.ª ed.) (DSM-II) .Washington: APA.

— (1980). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (3.ª ed.) (DSM-III) .Washington: APA.

— (1987). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (3.ª ed. revisada) (DSM-III-R). Washington: APA.

— (1994). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (4.ª ed.) (DSM-IV) .Washington: APA.

— (2000). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (4.ª ed.-Texto revisado) (DSM-IV-TR) .Washington: APA.

— (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 158 (suppl.),*** 1-52.

Andersson, S., Krogstad, J. M. y Finset, A. (1999). Apathy and depressed mood in acquired brain damage: relationship to lesion localization and psychophysiological reactivity. ***Psychological Medicine, 29,*** 447-56.

Andreasen, N. C. y Black, D. W. (1995). ***Introductory textbook of psychiatry*** (2.ª ed.). Washington: APA.

Andrés, V. (1995). ***El abandono voluntario de la terapia cognitivo-conductual de la depresión.*** Tesis Doctoral no publicada. Madrid.

Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. E, Vogel, N. G., Shapiro, A. L. y Aldridge, D. M. (1981). Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. ***Psychiatric Clinics of North America, 4,*** 47-66.

Andrulonis, P. A. y Vogel, N. G. (1984). Comparison of borderline personality subcategories to schizophrenic and affective disorders. ***British Journal of Psychiatry, 144,*** 358-363.

Aramburú Fernández, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. ***Psicología Conductual, 4,*** 123-140.

Arias, F., López-Ibor, J. J. y Ochoa, E. (1997). Comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. ***Adicciones, 9,*** 235-253.

Arnett, P. A. (1997). Autonomic responsivity in psychopaths: A critical review and theorical proposal. ***Clinical Psychological Review, 17,*** 903-936.

Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. ***Behaviour Research and Therapy, 37,*** 97-134.

Arntz, A., Van den Hoorn, M., Cornelius, J., Verheul, R., Van den Bosch, W. M. y De Bie, A. J. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. ***Journal of Personality Disorders, 17,*** 45-59.

Arntz, A. y Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. ***Behaviour Research and Therapy, 3,*** 715-740.

Ashby, H. U. Jr. (1978). ***An MMPI scale for narcissistic personality disorder.*** Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, II.

Avia, M. D. (1989). Alteraciones de la personalidad y personalidades anómalas. En J. Mayor y J. L. Pinillos (dirs.), ***Tratado de Psicología General: Personalidad*** (pp. 169-204). Madrid: Alambra.

Ávila-Espada, A. (1997). Prólogo a la edición española. En T. Millon, ***Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II.*** Madrid: TEA

Avila-Espada, A. y Herrero, J. R. (1995). La personalidad y sus trastornos: Aproximación a la obra de Theodore Millon. ***Clínica y Salud, 6,*** 131-159.

Azoulay, D. (2000). Cognitive distortions in the experience and expression of anger. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and engineering. Vol. 60 (8-B), 4200.***

Azouvi, P, Jokic, C., Attal, N., Denys, P., Markabi, S. y Bussel, B. (1999). Carbamazepine in agitation and aggressive behaviour following severe closed-head injury: results of an open trial. ***Brain Injury, 13,*** 797-804.

Baker, L. A. (1986). Estimating genetic correlations among discontinuous phenotypes: An analysis of criminal convictions and psychiatric hospital diagnoses in Danish adoptees. ***Behavior Genetics, 16,*** 127-142.

Baker, J. D., Capron, E. y Azorlosa, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 10,*** 82-87.

Ball, S. A., Kranzler, H. R., Tennen, H., Poling, J. C. y Rousanville, B. J. (1998). Personality disorders and dimension differences between type A and type b substance abusers. ***Journal of Personality Disorders, 12,*** 1-12.

Bandura, A. (1977a). ***Social learning theory.*** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

— (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. ***Psychological Rewiew, 84,*** 191-215.

Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J. y Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following Time-limited Supportive-Expressive Therapy. ***Psychotherapy, 34,*** 133-143.

Barber, J. P. y Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,*** 951-958.

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2002). ***Abnormal psychology: an integrative approach*** (3.ª edición). Belmont, CA: Wadsworth.

Baron, J. A. (1986). Cigarette smoking and Parkinson's disease. ***Neurology, 36,*** 1490-1496.

Baron, M., Asnis, L. y Gruen, R. (1981). The Schedule for Schizotypal Personalities (SSP). A diagnostic interview for schizotypal features. ***Psychiatry Research,*** 4, 213-228.

Baron, M. y Gruen, R. (1980). ***The Schedule for interviewing borderlines (SIB).*** Nueva York: Nueva York State Psychiatric Institute.

Baron, M., Gruen, R., Rainer, J. D., Kane, J., Asnis, L. y Lord, S. (1985). A family study of schizophrenic and normal control probands: Implications for the spectrum concept of schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry, 142,*** 447-454.

Barquero-Jiménez, M. S. y Gómez-Tortosa, E. (2001). Trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad de Huntington. ***Revista de Neurología, 32,*** 1067-1071.

Barquero-Jiménez, M. S. y Domínguez-Salgado, M. (2001). Demencia en pacientes con parálisis supranuclear progresiva. ***Revista de Neurología, 32,*** 1071-1073.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. A test of a four category model. ***Journal of Personality and Social Psychology, 61,*** 226-244.

Bas, F. (1981). ***La transferencia de la auto-credibilidad: un ensayo experimental.*** Memoria de Licenciatura no publicada. Madrid.

— (1990). ***Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual Sistemática pasado-presente-futuro (RCCS-PPF).*** Apuntes para los Máster del Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid.

— (1991). ***Hacia un modelo cognitivo-conductual del cambio: el papel de la auto-atención.*** Tesis Doctoral no publicada. Madrid.,

— (1997). Hacia una reconceptualización cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivos: El caso de la auto-atención. ***Psicología Conductual, 5,*** 27-54.

— (1998). Autoatención y niveles de credibilidad: Hacia una reformulación neoconductual de los fenómenos cognitivos. En J. Botella y V. Ponsoda (dirs.). ***La atención: un enfoque multidisciplinar.*** Valencia: Promolibro.

— (2000, septiembre). ***Prerrequisitos y habilidades cognitivos que favorecen la reestructuración cognitiva en una muestra de 84 pacientes.*** Comunicación presentada en el XXX Congreso of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Granada.

Bas, F. y Andrés, V. (1986a, noviembre). ***Estudio de resultados de 21 sujetos depresivos tratados con terapia Cognitivo-Conductual.*** Comunicación presentada al Symposium Internacional de Diagnóstico y Clasificación de la Depresión. Facultad de Medicina. Madrid.

— (1986b). ***Técnica de Reestructuración Cognitivo-Conductual-Sistemática (RCCS).*** Apuntes para los Máster del Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid.

— (1989). Abandono voluntario de la terapia y recaídas en el seguimiento de 64 depresivos unipolares tratados con Terapia Cognitivo-Conductual. ***Giornale Italiano di Scienza e Terapia del Comportamiento, 22-23,*** 133-138.

— (1994). ***La terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento.*** Editorial Fundación Universidad- Empresa, Madrid.

Bassareo, V., Tanda, G. y Di Chiara, G. (1995). Increase of extracellular dopamine in the medial prefrontal cortex during spontaneous and naloxone-precipitated opiate abstinence. ***Psychopharmacology, 122,*** 202-205.

Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. ***British Journal of Psychiatry, 177,*** 138-143.

Baxter, L., Edell, W, Gerner, R., Fairbanks, L. y Gwirtsman, H. (1984). Dexamethasone supression test and Axis I diagnosis of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 45,*** 150-153.

Bear, D. M. y Fedio, P. (1977). Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. ***Archives of Neurology, 34,*** 454-67.

Beaudry, P. (1991). Generalized anxiety disorder. En B. D. Beitman y G. L. Herman (dirs.), ***Integrating pharmacotherapy and psychotherapy.*** Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Bechara, A., Damasio, H. y Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. ***Cerebral Cortex, 10,*** 295-307.

Beck, A. T. (1967). ***Depression: causes and treatment.*** Philadelphia: University of Pennsylvania.

— (1976). ***Cognitive therapy and the emotional disorders.*** Nueva York: International University Press.

— (1987). ***Beck Depression Inventory.*** San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). ***Cognitive therapy of personality disorders.*** Nueva York: Guilford.

Beck, A. T, Freeman, A. y Davis, D.D . (2003). ***Cognitive therapy of personality disorders*** (2.ª edición). Nueva York: Guilford.

Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). ***Cognitive therapy for depression,*** Nueva York: Guilford.

Beck, A. T, Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventorie: twenty-five years of evaluation. ***Clinical Psychology Review, 8,*** 77-100.

Beckmann, D., Brähler, D. y Richter, H. E. (1983). ***Der Giessen-Test. En Test fur individual und gruppendiagnostik: Handbuch*** (tercera edición). Stuttgart: Hans Huber.

Beckmann, D. y Richter, H. E. (dirs.) (1979). ***Erffahrungen mit dem Giessen-Test.*** Stuttgart: Hans Huber.

Bell, I. R., Schwartz, G. E., Amend, D., Peterson, J. M., Kaszniak, A. W. y Miller, C. S. (1994). Psychological characteristics and subjetive intolerance for xenobiotic agents of normal young adults with trait shyness and defensiveness: A parkinsonian-like personality type? ***Journal of Nervous and Mental Disease, 182,*** 367-374.

Beliak, L. y Small, L. (1978). ***Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*** (2.ª ed.). Nueva York: Grune & Stratton.

Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). ***Trastornos de la personalidad.*** Madrid: Síntesis.

Benedetti, F., Sforzini, L., Colombo, C., Maffei, C. y Smeraldi, E. (1998). Law-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 59,*** 103-107.

Benjamin, L. S. (1993). ***Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.*** Nueva York: Guilford.

Benjamin, L. S. y Strand, J. G. (1998). Recognizing comorbid personality disorder can help manage and treat the "untreatable". ***Psychiatric Clinics of North America, 21,*** 775-789.

Berenbaum, H. (1996). Peculiarity. En C. G. Costello (dir.). ***Personality characteristics of the personality disordered*** (pp. 206-241). Nueva York: Wiley.

i

Berger, J. (1985). Private practice: the first five years. ***Canadian Journal of Psychiatry, 30,*** 566-571.

Bernstein, D. (1996). Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: El grupo extraño del DSM-IV. En V E. Caballo (dir.), ***Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*** (vol. 2). Madrid: Siglo XXI.

Bernstein, D., Cohen, P., Vélez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. y Shinsato, L. (1993). The prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. ***American Journal of Psychiatry, 150,*** 1237-1243.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. y Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 1132-1136.

Bernstein, D., Useda, D. y Siever, L. J. (1995). Paranoid personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders*** (pp. 45-57). Nueva York: Guilford.

Berstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. ***Journal of Nervous and Mental Disease,*** 174, 727-735.

Beutler, L. E. (1979). Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy. ***Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16,*** 432-440.

— (1981). Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patientes as a function of analytic and experiential treatment procedures. ***Psychiatry, 44,*** 297-306.

— (1983). ***Eclectic psychotherapy: A systematic approach.*** Nueva York: Pergamon.

— (1986). Individualized outcome measures of internal change: Methodological considerations. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,*** 48-53.

— (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al. veredict. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,*** 226-232.

Beutler, L. E. y Clarkin, J. (1990). ***Selective treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions.*** Nueva York: Brunner/Mazel.

Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). ***Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection.*** Nueva York: Oxford University.

Beutler, L. E. y Hodgson, A. B. (1994). Prescriptive Psychotherapy. En G. Stricker y J. R. Gold (dirs.), ***Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration.*** Nueva York: Plenum.

Beutler, L. E., Machado, P. P. y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), ***Handbook of psychotherapy and behavior change*** (4.ª edición) (pp. 229-269). Nueva York: Wiley.

Biederman, J., Wilens, T, Mick, E. y Milberger, S. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effect of ADHD and psychiatry comorbidity. ***American Journal of Psychiatry, 152,*** 1652-1658.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. y Burback, M. (2001). Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four year prospective study of an ADHD sample. ***Journal of the American Academy of Child an Adolescent Psychiatry, 40,*** 290-298.

Birnbaum, K. (1914). ***Die psychopathischen verbrecker.*** Leipzig: Thieme.

Birtchnell, J. (1984). Dependence and its relationship to depression. ***British Journal of Medical Psychology, 57,*** 215-225.

— (1988). Defining dependence. ***British Journal of Medical Psychology, 61,*** 111-123.

— (1996). Detachment. En C. G. Costello (dir.), ***Personality characteristics of the personality disordered*** (pp. 173-205). Nueva York: Wiley.

Black, D. W, Bell, S. y Hubert, J. (1988). The importance of Axis II in patients with major depression. ***Journal of Affective Disorders, 14,*** 115-122.

Black, D. W., Monahan, P., Wesner, R, Gabel, J. y Bowers, W. (1996). The effect of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with panic disorder. ***Journal of Personality Disorders 10,*** 185-194.

Black, D. W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. ***Psychiatric Services, 49,*** 1434-1439.

Black, D. W. y Noyes, R. (1997). Obsessive-compulsive disorder and Axis II. ***International Review of Psychiatry, 9,*** 111-118.

Blackburn, R. (1992). Criminal behaviour, personality disorder and mental illness: The origins of confusion. ***Criminal Beaheviour and Mental Health, 2,*** 66-77.

Blais, M. Benedict, K. y Norman, D. (1994). Association among the MCMI-II clinical syndrome scales and the MMPI-2 clinical scales. ***Assessment, 1,*** 407-413.

Blais, M., Hilsenroth, M. y Castlebury, F. (1997). Psychometric characteristics of the cluster B personality disorders under DSM-III-R and DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders, 11,*** 270-278.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R. y Gerardi, R. J. (1994). The psychophysiology of motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder. ***Behavior Therapy, 25,*** 453-457.

Bland, R., Newman, S., Orn, H. y Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. ***Canadian Journal of Psychiatry, 38,*** 108-112.

Blashfield, R. K. (1984). ***The classification of psychopathology.*** Nueva York: Plenum Press.

Blashfield, R. K. y Breen, M. J. (1989). Face validity of the DSM-III-R personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 146,*** 1575-1579.

Blashfield, R. K., Sprock, J. y Fuller, A. K. (1990). Suggested guideliness for including/excluding categories in the DSM-IV. ***Comprehensive Psychiatry, 31,*** 15-19.

Blashfield, R. K., Jackson, D. N. y Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general populations samples. ***Journal of Abnormal Psychology,*** 101, 432-440.

Blashfield, R. K. y Davis, R. T. (1993). Dependent and histrionic personality disorders. En, P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), ***Comprehensive handbook of psychopathology*** (pp. 395-409). Nueva York: Plenum.

Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1994). Antisocial personality disorder and pathological gambling. ***Journal of Gambling Studies, 10,*** 129-145.

Blaszczynski, A. y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. ***Journal of Gambling Studies, 14,*** 51-71.

Blaszczynski, A., Steel, Z. y McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: The antisocial impulsivist. ***Addicition, 92,*** 75-87.

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. ***American Psychologist, 50,*** 1003-1020.

Blatt, S. y Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. ***Clinical Psychology Review, 12,*** 47-91.

Bleuler, E. (1924). ***Textbook of psychiatry.*** Nueva York: Macmillan.

— (1950). ***Dementia praecox.*** Nueva York: International Universities Press.

Bloom, B. L. (1981). Focused single-session therapy: Initial development and evaluation. En S. H. Budman (dir.), ***Forms of brief therapy.*** Nueva York: Guilford.

— (1992). ***Planned short-term psychotherapy.*** Boston: Allyn & Bacon.

Blumer, D. (1995). Personality disorders in epilepsy. En J. J. Ratey y Fugel, B. S. (dirs.), ***Neuropsychiatry of personality disorders*** (pp. 230-263). Boston, MA: Blackwell Science.

— (1999). Evidence supporting the temporal lobe epilepsy personality syndrome. ***Neurology, 53*** (Supl 2), S9-S12.

Bogner, J. A., Corrigan, J. D., Fugate, L., Mysiw, W. J. y Clinchot, D. (2001). Role of agitation in prediction of outcomes after traumatic brain injury. ***American Journal of Physics Medicine Rehabilitation, 80,*** 636-644.

Bond, M. R. (1976). Assessment of the psychosocial outcome of severe head injury. ***Acta Neurochirurgica (Viena), 34,*** 57-70.

Bongar, B., Markey, L. A. y Peterson, L. G. (1991). Views on the difficult and dreaded patient: A preliminary investigation. ***Medical Psychotherapy, 4,*** 9-16.

Bonnet, K. A. y Redford, H. R. (1982). Levodopa in borderline disorders (letter). ***Archives of General Psychiatry, 39,*** 862.

Book, H. E., Sadavoy, J. y Silver, D. (1978). Staff countertransference to borderline patients on an inpatient unit. ***American Journal of Psychotherapy, 32,*** 521-532.

Boon, S. y Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a Cluster B personality disorder. ***Dissociation, 6,*** 126-135.

Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J. y Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. ***Journal of Anxiety Disorders, 13,*** 271-292.

Bordin, E. S. (2000). Dimensions of the counseling process. ***Journal of Clinical Psychology,*** 56, 835-839.

Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. ***Psychological Bulletin, 112,*** 3-23.

— (1993). ***The dependent personality.*** Nueva York: Guilford.

— (1994). Dependency in psychotherapy: Effective therapeutic work with dependent patients. En L. VanDeCreek, S. Knapp y T. Jackson (dirs.), ***Innovations in clinical practice: A sourcebook,*** Vol. 13. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

— (1999). Dependent and histrionic personality disorders. En T. Millon, P. H. Blaney y R. D. Davis (dirs.), ***Oxford textbook of Psychopathology*** (pp. 535-554). Nueva York: Oxford University.

Bornstein, R. F, Greenberg, R. P., Leone, D. R. y Galley, D. J. (1990). Defense mechanisms correlates of orality. ***Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 18,*** 654-666.

Bowen, A., Neumann, V, Conner, M., Tennant, A. y Chamberlain, A. (1998). Mood disorders following traumatic brain injury: identifying the extent of the problem and the people at risk. ***Brain Injury, 12,*** 177-190.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. ***American Psychologist, 36,*** 129-148.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. ***British Journal of Psychiatry, 130,*** 201-210 y 421-431.

Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J. y Zellenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. ***Archives of General Psychiatry, 45,*** 581-588.

Breuer, J. y Freud, S. (1955). Studies on hysteria. En J. Strachey (comp.), ***Complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 2.*** Lóndres: Hogarth Press (Orig. 1893-1895).

Brooks, N., Campsie, L., Symington, C., Beattie, A. y McKinlay, W. (1986). The five year outcome of severe blunt head injury: a relative's view. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 49,*** 764-70.

Brooks, N. y McKinlay, W. (1983). Personality and behavioural change after severe blunt head injury: a relatives view. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 46,*** 336-344.

Brooks, R. B., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M. y Pilkonis, P. A. (1995). Personality disorders co-occuring with panic disorder with agoraphobia. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 328-336.

Brown, E. J., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. ***Behavior Therapy, 26, 467-486.***

Bruch, M. (1998). The development of case formulation approaches. En M. Bruch y F. W. Bond (dirs.), ***Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT.*** Nueva York: Wiley.

Budman, S. H. (1981). Looking toward the future. En S. H. Budman (dir.), ***Forms of brief therapy.*** Nueva York: Guilford.

Budman, S. H. y Gurman, A. S. (1988). ***Theory and practice of brief therapy.*** Nueva York: Guilford.

Burnham, D. L., Gladstone, A. I. y Gibson, R. W. (1969). ***Schizophrenia and the need-fear dilemma.*** Nueva York: International Universities Press.

Buss, H. A., Fischer, H. y Simmons, A. J. (1962). Agression and hostility in psychiatric patients. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 26,*** 84-89.

Buss, H. A. y Dukee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21,*** 343-349.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). ***MMPI-2 manual for administration and scoring.*** Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,*** 642-650.

Caballo, V. E. (1988). ***Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.*** Valencia: Promolibro.

— (1995). Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobles ***(dirs.), Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*** (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.

— (1997a). ***Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*** (2.ª edición). Madrid: Siglo XXI.

— (1997b). ***Cuestionario Exploratorio de Personalidad (CEPER).*** Granada: FUNVECA.

— (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2*** (pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.

— (2001a) (dir.). Monográfico sobre trastornos de la personalidad. ***Psicología Conductual, 9*** (núm. 3).

— (2001b). Una introducción a los trastornos de personalidad en el siglo XXI. ***Psicología Conductual, 9,*** 455-469.

— (200lc).Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad en el siglo XXI. ***Psicología Conductual, 9,*** 579-605.

Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos,*** vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. ***Revista de Psicología desde el Caribe, 5,*** 30-55.

Caballo, V. E. y Prieto Comelin, A. (2002). El trastorno de la personalidad por evitación en los albores del siglo XXI. ***Acta Colombiana de Psicología, 7,*** 21-41.

Caballo, V. E. y Valenzuela, J. (2001). Evaluación de los trastornos de personalidad por medio de un nuevo instrumento de autoinforme: el CEPER. ***Psicología Conductual, 9,*** 551-564.

Calkins, S. D., Gill, K. L., Johnson, M. C. y Smith, C. L. (1999). Emotional reactivity and emotional regulation strategies as predictors of social behavior with peers durings toddlerhood. ***Journal of Social Development, 8,*** 310-334.

Calsyn, D., Fleming, C., Wells, E. y Saxon, A. (1996). Personality disorders subtypes among opiate addicts in methadone maintenance. ***Psychology of Addictive Behaviors, 10,*** 3-8.

Camuñas, N., Pérez Nieto, M. A. y Iruarrizaga, I. (2000). Intervención en ansiedad e ira en pacientes hipertensos. ***Interpsiquis (1).***

Cangas, A. J. y Olivencia, J. J. (1999). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. ***Apuntes de Psicología, 17,*** 109-116.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. ***Psychological Bulletin, 81,*** 311-318.

Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C. y Smith, C. E. (1996). ***Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo.*** Madrid: Alianza Editorial.

Catarineu, S. y Gili, M. (1998). Modelos psicológicos y psicobiológicos de la personalidad. En M. B. Arroyo y M. Roca (dirs.), ***Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento, perspectiva psicobiológica*** (pp. 19-44). Barcelona: Masson.

Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. E, Opler, L. A., Felix, A. y Dominguez, B. (1994). Factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. ***Journal of Public Health, 84,*** 265-270.

Cattell, R. B. (1957). ***Personality and motivation structure and measurement.*** Nueva York: World.

Chapman, L., Chapman, J. y Miller, E. (1982). Reliabilities and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,*** 187-195.

Chapman, L., Chapman, J. y Raulin, M. L. (1978). Body image aberration in schizophrenia. ***Journal of Abnormal Psychology,*** 87, 399-407.

Chengappa, R., Baker, R. W. y Sirri, C. (1995). The successful use of clozapine in ameliorating severe self-mutilation in a patient with borderline personalitiy disorder. ***Journal of Personality Disorders, 9,*** 76-82.

Chengappa, K. N., Ebeling, T., Kang, J. S., Levine, J. y Parepally, H. (1999). Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 60,*** 477-484.

Choca, J. P., Shanley, L. y Demburg, E. (1992J. ***Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory.*** Washington,DC: American Psychological Association.

Choca, J. P. y Van Denburg, E. (1998). ***Guía para la interpretación del MCMI.*** Barcelona: Paidós.

Christensen, B. K., Ross, T. P., Kotasek, R. S., Rosenthal, M. y Henrt, R. R. (1995). Factor structure of the Beck Depression Inventory in a sample of persons with traumatic brain injury. ***Journal of the International Neuropsychology Society, 1,***122.

Claridge, G. y Brooks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. ***Personality and Individual Differences, 5,*** 633-648.

Clark, D. B. y Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 598-605.

Clark, D. B., Parker, A. M. y Lynch, K. G. (1999). Psychopathology and substance related problems during early adolescence: A survival analysis. ***Journal of Clinical Child Psychology, 28,*** 333-341.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En R. Crozier y L. E. Alden (dirs.), ***International handbook of social anxiety.*** Londres: Wiley.

Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R Schneier (dirs.), ***Social phobia*** (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.

Clark, L. A. (1990). Toward a consensual set of symptom clusters for assessment of personality disorder. En J. N. Butcher y C. D. Spielberger (dirs.), ***Advances in Personality Assessment.*** Hillsdale, N.J: Erlbaum.

— (1993). ***Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality.*** Minneapolis: University of Minnesota Press.

Clark, L. A. y Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. En W. J. Livesley (dir.), ***Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*** (pp. 277-306). Nueva York: Guilford.

Clark, L. A., Livesley, W. J. y Morey, L. (1997). Personality disorders and assessment: The challenge of construct validity. ***Journal of Personality Disorders, 11,*** 205-231.

Clarkin, J. F. (1998). Treating borderline personality disorder. An overview. ***In Session Psychotherapy in Practice, 4,*** 109-114.

Clarkin, J., Widiger, T, Frances, A., Hurt, S. y Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. ***Journal of Abnormal Psychology, 85,*** 140-150.

Cleckley, H. (1941). ***The mask of sanity.*** St. Louis: Mosby.

— (1976). ***The mask of sanity: A attempt to clarify some issues about the so-called Psychopathy Personality*** (5.ª edición). St. Louis: Mosby.

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. ***Archives of General Psychiatry, 44,*** 573-588.

— (1988). An unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries. ***Psychiatric Development, 6,*** 83-120.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R. y Svrakic, D. M. (1991). The tridimensional personality questionnaire: U.S. normative data. ***Psychological Reports, 69,*** 1047-1057.

Clonninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. ***Archives of General Psychiatry, 50,*** 975-990.

Coccaro, E. F. (1991). Biological and pharmacological aspects of borderline personality disorder. ***Hospital and Community Psychiatry, 42,*** 1029-1033.

— (1998). Neurotransmitter function in personality disorders. En K. R. Silk (dir.), ***Biology of personality disorders*** (pp. 1-25). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Coccaro, E. F. y Kavoussi, R. J. (1991). Biological and pharmacological aspects of borderline personality disorder. ***Hospital and Community Psychiatry, 42,*** 1029-1033.

Coccaro, E. E, Kavoussi, R. J. y Hauger, R. L. (1997). Serotonin function and antiaggressive response to fluoxetine: a pilot study. ***Biological Psychiatry, 42,*** 546-552.

Coccaro, E. E, Kavoussi, R. J., Sheline, Y. I., Lish, J. D. y Csernansky, J. G. (1996). Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. ***Archives of General Psychiatry, 53,*** 531-536.

Coid, J., Allolio, B. y Rees, L. H. (1983). Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. ***Lancet, 2,*** 545.

Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C. A. y Spohn, H. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. ***Hospital and Community Psychiatry, 37,*** 923-928.

Conte, H. R., Plutchik, R., Buck, L., Picard, S. y Karasu, T. B. (1991). Interrelations between ego functions and personality traits: Their relation to psychotherapy outcome. ***American Journal of Psychotherapy, 45,*** 69-77.

Conte, H., Plutchik, R., Karasu, T. y Jerret, I. (1980). A self-report bordeline scale. ***Journal of Nervous and Mental Disease,*** 168, 428-435.

Coolidge, F. L. y Merwin, M. M. (1992). Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: A new inventory for the assessment of personality disorders. ***Journal of Personality Assessment, 59,*** 223-238.

Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N. y Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. ***Journal of Anxiety Disorders, 14,*** 157-172.

Cornelius, J. R., Brenner, R. P., Soloff, P. H., Schulz, S. C. y Tumuluru, R. V. (1986). EEG abnormalities in borderline personality disorder: Specific or nonspecific. ***Biological Psychiatry, 21,*** 977-980.

Cornelius, J., Soloff, P. H., Perel, J. M. y Ulrich, R. F. (1991). A preliminary trial of fluoxetine in refractory borderline patients. ***Journal of Clinical Psychopharmacology, 11,*** 116-120.

Corrigan, J. D. (1989). Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. ***Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 11,*** 261-77.

Coryell, W. H. y Zimmerman, M. (1989). Personality disorder in the families of depressed, schizophrenic, and never-ill probands. ***American Journal of Psychiatry, 146,*** 1131-1141.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). ***The NEO Personality Inventory manual.*** Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

— (1989). ***The NEO-PI-R manual.*** Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

— (1991). ***Revised NEO-PI and NEO FFI: Professional manual.*** Odessa: Psychological Assessment Resources.

Costa, P T. y Widiger, T. A. (dirs.) (1994). ***Personality disorders and the five-factor model of personality.*** Washington, D.C.: American Psychological Association.

— (2002). ***Personality disorders and the five-factor model of personality*** (2.ª edición). Washington, DC: American Psychological Association.

Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (1991). ***Manual para el educador social.*** Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Costello, C. G. (1996a). ***Personality characteristics of the personality disordered.*** Nueva York: Wiley.

— (1996b). The advantages of focusing on the personality characteristics of the personality disordered. En C. G. Costello (dir), ***Personality characteristics of the personality disorders*** (pp. 1-23). Nueva York: Wiley.

Cote, L. (1999). Depression: Impact and management by the patient and family. ***Neurology, 52*** (Suppl. 3), S7-S9.

Cottraux, J. y Blackburn, I. (2001). Cognitive therapy. En W. J. Livesley (dir.), ***Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment (pp.*** 377-399). Nueva York: Guilford.

Coughlan, A. K. y Storey, P. (1988). The Wimbledom Self-Report Scale: emotional and mood appraisal. ***Clinical Rehabilitation, 2,*** 207-213.

Cowdry, R. W. y Gardner, D. L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. ***Archives of General Psychiatry, 45,*** 111-119.

Cowdry, R. W, Pickar, D. y Davies, R. (1985-1986). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. ***International Journal of Psychiatric Medicine, 15,*** 201-211.

Craft, M. (1966). ***Psychopathic disorders and their assessment.*** Oxford: Pergamon.

Craig, R. J. y Weinberg, D. (1993). MCMI: review of the literature. En R. J. Craig (dir.), ***The Millon Clinical Multiaxial Inventory. A clinical research information synthesis*** Hisllsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Cripe, L. I. (1996). Personality assessment of brain-injury patients. En M. E. Maruish y J. A. Moses Jr., ***Clinical neuropsychology: theoretical foundations for practioners*** (pp. 119-142). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Csernansky, J. G., Black, K. J. y Faustman, W. O. (1996). The interface between standar psychiatric and neuropsychological diagnosis. En M. E. Maruish y J. A. Moses Jr, ***Clinical Neurpsychology: theoretical foundations for practioners*** (pp. 311-346). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cummings, J. L. (1992). Depression and Parkinson's disease: a review. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 443-454.

Cunningham, R. M., Cottier, L. B., Compton, W. M. y Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders. Results from the St. Louis epidemiologic catchmet area study. ***American Journal of Public Health, 88,*** 1093-1096.

Dabbs, J. M. y Morris, R. (1990). Testosterone, social class, and antisocial behavior in a sample of 4,462 men. ***Psychological Science, 11,*** 209-211.

Dahl, A. A. (1986). Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized-patients. ***Acta Psychiatrica Scandinavica, 328 (supl.),*** 61-67.

Damasio, A. R. y Anderson, S. W. (1993). The frontal lobes. En K. M. Heilman y E. Valenstein (dirs.), ***Clinical neuropsychology*** (3ª edición). Nueva York: Oxford University Press.

Davanloo, H. (1978). ***Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy.*** Nueva York: Spectrum.

— (dir.) (1980). ***Short-term dynamic psychotherapy.*** Northvale, NJ: Aronson.

Davidson, J. (1997). ***A multi-center, placebo-controlled study of fluvoxamine with social phobia.*** Paper presented at the International Conference on Shyness and Self-consciousness, Cardiff, Wales.

Davidson, J. R. T, Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. y Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. ***Journal of Clinical Psychopharmacology, 13,*** 423-428.

Davison, S. E. (2002). Principles of managing patients with personality disorders. ***Avances in Psychiatric Treatment, 8,*** 1-9.

Del Pino, A. (en prensa). Evaluación del patrón de conducta tipo A. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*** Madrid: Pirámide.

Del Pino, A., Gaos, M. T. y Dorta, R. (1997). Validación cruzada de la Escala Tipo A de Framingham y de la Escala de Bortner en una muestra de varones canarios. ***Psicología Conductual 5,*** 377-390.

Deltito, J. A. (1989). Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder. ***Comprehensive Psychiatry, 30,*** 498-504.

Demark, J. y Gemeinhardt, M. (2002). Anger and its management for survivors of acquired brain injury. ***Brain Injury, 16,*** 91-108.

Den Boer, J. A., Van Vliet, I. M. y Westenberg, H. G. (1994). Recent advances in the psychopharmacology of social phobia. ***Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 18,*** 625-645.

Department of Health (2000). ***NHS hospital in-patient data for the period of 1 April 1998 to 31 March 1999.*** Londres: Department of Health.

Derksen, J. (1995). ***Personality disorders: clinical and social perspectives.*** Chichester: Wiley.

Derogatis, R. L. (1983). ***SCL-90-R: administration, scoring and procedure manual II.*** Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Devinsky, O. y Najjar, S. (1999). Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome. ***Neurology, 53*** (Suppl. 2), SI3-25.

Dewhurst, K. y Beard, A. W. (1970). Sudden religious conversions in temporal lobe epilepsy. ***British Journal of Psychiatry, 117,*** 497-507.

Dimeff, L. A., McDavid, J. y Linehan, M. (1999). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: a review of the literature and recommendations for treatment. ***Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6,*** 113-138.

Dinwiddie, S. H. y Bucholz, K. K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. ***Child Abuse and Neglect, 17,*** 465-476.

Dlugos, R. R y Friedlander, M. L. (2001). Passionately committed psychotherapists: A qualitative study of their experiences. ***Professional Psychology: Research and Practice, 32,*** 298-304.

Dodrill, C. B. y Batzel, L. W. (1986). Interictal behavioral features of patients with epilepsy. ***Epilepsia, 27*** (Suppl 2), S64-76.

Dodrill, C. B., Batzel, L. W, Queisser, H. R. y Temkin, N. R. (1980). An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. ***Epilepsia, 21,*** 123-35.

Dodwell, D. (1988). The heterogeneity of social outcome following head injury. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 51,*** 833-8.

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. ***Journal of Health and Social Behavior, 41,*** 1-19.

Dolan, B. y Coid, J. W. (1993). ***Psychopathic and antisocial personality disorders: Treatment and research issues.*** Londres: Royal College of Psychiatrists.

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. H. y Sears, R. R. (1939). ***Frustration and aggression.*** New Haven: Yale University Press.

Dollard, J. y Miller, N. E. (1950). ***Personality and psychotherapy.*** Nueva York: McGraw-Hill.

Doren, D. M. (1987). ***Understanding and treating the psychopath.*** Nueva York: Wiley.

Dowson, J. H. y Berrios, G. E. (1991). Factor structure of DSM-III-R personality disorders. En A. J. Frances y R. E. Hales (dirs.), ***APA Annual Review,*** Vol 5. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Dubo, E. (1993, septiembre). ***Borderline personality disorders and sexual abuse.*** Conunicación presentada en el 3rd International Conference of the International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification . ***Journal of Abnormal Psychology, 78,*** 107-126.

Echeburúa, E. (1994). ***Personalidades violentas.*** Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. ***Análisis y Modificación de Conducta, 25,*** 585-614.

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. ***Psicología Conductual, 9,*** 513-525.

Eckblad, M. y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,*** 215-225.

Edell, W. (1984). The bordeline syndrome index. Clinical validity and utility. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 172,*** 254-263.

— (1987). Relationship of borderline syndrome disorders to early schizophrenia on the MMPI. ***Journal of Clinical Psychology, 43,*** 163-174.

Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. y Frederikson, M. (2001). Personality disorder in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. ***Personality and Individual Differences, 30,*** 311-320.

Elliot, C. y Gillett, G. (1992). Moral insanity and practical reason. ***Philosophical Psychology, 5,*** 53-67.

Ellis, H.(1898). Auto-erotism: A psychological study. ***Alienist and Neurologist, 19,*** 260-299.

Ellis, A. (1962). ***Reason and emotion in psychotherapy.*** Nueva York: Lille Stuart.

Ellis, A. y Grieger, R. (1981). ***Manual de terapia racional-emotiva.*** Bilbao: Desclée de Brouwer (Orig. 1977).

Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P., Vissia, E. y van der Helm, M. (1985). Case histories and shorter communications. ***Behaviour Research and Therapy, 23,*** 365-369.

Emmons, R. A. (1987). Narcissism: theory and measurement. ***Journal of Personality and Social Psychology, 52,*** 11-17.

Esteban, C. y Alonso, F. (1995). El criterio diagnóstico de la Psicopatía/Trastono Antisocial de la Personalidad: Su evolución histórica y cronológica. ***Revista de Psicología, 12,*** 47-71.

Evans, R., Ruff, R., Braff, D. y Ainsworth, T. (1984). MMPI characteristics of borderline personality disorder. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 172,*** 742-748.

Eysenck, H. J. (1957). ***The dynamics of anxiety and hysteria.*** Nueva York: Praeger.

Fabrega, H., Ulrich, R., Pilkonis, P. y Mezzich J. (1993). Personality disorders diagnosed at intake at a public psychiatric facility. ***Hospital and Community Psychiatry, 44,*** 159-162.

Fahy, T. A., Eisler, I. y Russell, G. F. M. (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. ***British Journal of Psychiatry, 162,*** 765-770.

Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K. y Tsuang, M. T. (1991a). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family genetic study of American child psychiatric patients. ***Psychological Medicine, 21,*** 109-121.

— (1991b). A family genetic study of girls with DSM-III attention deficit disorder. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 112-117.

Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. y Milberger, S. (1995). Genetic heterogeneity in attention deficit hyperactivity disorder: Gender, psychiatry comorbidity, and maternal ADHD. ***Journal of Abnormal Psychology, 104,*** 334-345.

Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G. y Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder. Longitudinal evidence for a familial subtype. ***Psychological Medicine, 27,*** 291-300.

Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. y Spencer, T. (2000). Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. ***American Journal of Psychiatry, 157,*** 1077-1083.

Faravelli, C., Zucchi, T, Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Viglia-turo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. y Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. ***European Psychiatry, 15,*** 17-24.

Farrelly, F. y Brandsma, J. M. (1974). ***Provocative therapy.*** Fort Collins, CO: Shielda.

Fava, M. (1997). Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. ***Psychiatric Clinics of North America, 20,*** 427-451.

Fava, M., Bouffides, E., Pava, J. A., McCarthy, M. K., Steingard, R. J. y Rosenbaum, J. F. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. ***Psychotherapy and Psychosomatics, 62,*** 160-167.

Fava, G. A., Grandi, S. y Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by homework exposure. ***Psychotherapy Psychosomatics, 52,*** 209-213.

Fearnley, J. M. y Lees, A. J. (1991). Aging and Parkinsons disease: substantia nigra regional selectivity. ***Brain, 114,*** 2283-2301.

Fenichel, O. (1945). ***The psychoanalytic theory of neurosis.*** Nueva York: Norton.

Fenigstein, A. (1984). Self-consciousness and the over perception of self as a target . ***Journal of Personality and Social Psychology, 47,*** 860-870.

— (1996). Paranoia. En C. G. Costello (dir.), ***Personality characteristics of the personality disordered*** (pp. 242-275). Nueva York: Wiley.

Fenigstein, A. y Vanable, P. A. (1992). Paranoia and self-consciousness. ***Journal of Personality and Social Psychology, 62,*** 129-138.

Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad: Aspectos básicos y de intervención. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (dirs.), ***Emociones y salud*** (pp. 185-208). Barcelona: Ariel.

Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B. y Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. ***Journal of Personality Disorders, 10,*** 174-184.

Fierro, A. y Jiménez, J. A. (1999). Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar: construcción conceptual y aproximación empírica. En J. Buendía (dir.), ***Familia y psicología de la salud.*** Madrid: Pirámide.

Fiester, S. J. (1991). Self-defeating personality disorder: A review of data and recommendations for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 194-209.

Fiester, S. J. y Gay, M. (1991). Sadistic personality disorder: A review of data and recommendations. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 376-385.

Finch, Jr., A. J. y McIntosh, J. A. (1990). Assessment of anxieties and fears in children. En A. M. La Greca (dir.), ***Through the eyes of the child: Obtaining self reports from children and adolescents.*** Boston: Allyn & Bacon.

First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). ***User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Personality Disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fleming, B. (1990). Dependent personality disorders. En A. T. Beck y A. Freeman, ***Cognitive therapy of personality disorders*** (pp. 283-306). Nueva York: Guilford.

Fleming, J. M., Strong, J. y Ashton, R. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure. ***Brain Injury, 10,*** 1-15.

Flick, S. N., Roy-Byrne, P. R, Cowley, D. S., Shores, M. M. y Dunner, D. L. (1993). DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence comorbidity and clinical correlates. ***Journal of Affective Disorders, 27,*** 71-79.

Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J. y Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. ***Journal of Abnormal Psychology, 105,*** 433-439.

Fonseca, A. C,, Simoes, A., Rebelo, J. A. y Ferreira, J. A. A. (1995). Antisocial behaviour and hyperactivity in Portuguese school children. ***Issues in Criminological and Legal Psychology, 24,*** 35-41.

Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two factor learning theory for heart rate, electrodermal activity and psychopathy. ***Psychophysiology, 17,*** 87-104.

Frances, A. (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. ***Comprehensive Psychiatry, 23,*** 516-527.

— (1990). ***Conceptual problems of Psychiatry classification.*** Paper presented at the 143rd annual meeting of the American Psychiatry Association, Nueva York.

Frances, A., First, M. B. y Pincus, H. A. (1997). ***DSM-IV. Guía de uso.*** Barcelona: Masson.

Franche, R. y Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. ***Cognitive Therapy and Research, 16,*** 419-435.

Frank, J. D. (1961). ***Persuasion and healing.*** Baltimore, MD: Johns Hopkins University.

— (1968). Methods of assessing the results of psychotherapy. En R. Porter (dir.), ***The role of learning in psychotherapy.*** Boston, MA: Little, Brown.

— (1984). The psychotherapy of anxiety. En L. Greenspoon (dir.), ***Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annual Review,*** vol. III. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Frankenburg, F. R. y Zanarini, M. C. (1993). Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. ***Comprehensive Psychiatry, 34,*** 402-405.

Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E. y Arkowitz, H. (1989). ***Comprehensive handbook of cognitive therapy.*** Nueva York: Plenum.

Freeman, A., Davis, D. y DiTomasso, R. (1992). Cognitive therapy of personality disorders. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (dirs.), ***Progress in behavior modification,*** Vol. 28. Sycamore, IL: Sycamore Publishing.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (1990). ***Clinical applications of cognitive therapy*** Nueva York: Plenum.

Freeman, M. P. y Gunderson, J. (1989). Treatment of personality disorders. ***Psychiatric Annals, 19,*** 147-153.

Freiman, K. y Widiger, T. (1989). Co-ocurrence and diagnostic efficiency statistics. Datos sin publicar.

Fraser, K. y Gallop, R. (1993). Nurses confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. ***Archives of Psychiatric Nursing 7,*** 336-341.

Freud, S. (1914). On narcissism. En J. Strachey, ***The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,*** vol.14 (pp. 66-102). Lóndres: Hogarth.

— (1972). ***Tres ensayos sobre teoría sexual.*** Madrid: Alianza. (Orig.: 1905).

Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). ***Type A behavior and your heart.*** Nueva York: Knopf.

Frost, R. O., Turcotte, R. A., Heimberg, R. G., Mattia, J. I., Holt, C. S. y Hope, D. A. (1995). Reactions to mistakes among subjects high and low in perfectionistic concern over mistakes. ***Cognitive Therapy and Research, 19,*** 195-205.

Fruensgaard, K. y Flindt Hansen, H. (1988). Disease patterns seen in self-mutilating patients. ***Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 42,*** 281-288.

Fujii, C., Harada, S., Ohkoshi, N., Hayashi, A. y Yoshizawa, K. (2000). Cross-cultural traits for personality patients with Parkinson disease in Japan. ***American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics), 96,*** 1-3.

Fyer, M. R. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. ***Archives of General Psychiatry, 45,*** 348-352.

Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W. y Clarkin J. (1988). Comorbidity of borderline personality disorder. ***Archives of General Psychiatry, 45,*** 348-352.

Gainotti, G. (1993). Emotional and psychosocial problems after brain injury. ***Neuropsychological Rehabilitation, 3, 259-277.***

— (1996). Personality disorders. En J. G. Beaumont, P. M. Kenealy y M. J. C. Rogers. ***The Blackwell dictionary of neuropsychology*** (pp. 565-569). Oxford: Blackwell.

Gardner, D. L. (1989). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a review. ***Psychopharmacological Bulletin, 25,*** 515-523.

Garfield, S. L. (1957). ***Introductory clinical psychology: An overview of the functions, methods, and problems of contemporary clinical psychology.*** Nueva York: MacMillan.

Garkavenko, V. V., Bachinskaya, N. Y. y Karaban, I. N. (2000). Interrelations between EEG Parameters and personality characteristics in parkinsonian patients. ***Neurophysiology, 32,*** 400-405.

Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Voikli, M., Saitis, M., Kirtsos, P. y Moutzoukis, C. (1994). DSM-III-R personality disorders among patients with depressive and/or anxiety disorders. ***Journal of Personality Disorders, 8,*** 320-332.

Gass, C. S. (1991). MMPI-2 interpretation and close head injuries: a correction factor. ***Psychological Assessment, 3,*** 27-31.

Gay, M. (1989). ***Personality disorders among child abusers.*** Comunicación presentada en el Symposium on Psychiatric Diagnosis, Victimation and Women, American Psychiatric Association, Washington.

Gelernter, C. S., Uhde, T. W, Cimbolic, R, Arnkoff, D. B., Vittore, B. J., Tancer, M. E. y Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. ***Archives of General Psychiatry, 48,*** 938-945.

Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of phobia. ***Clinical Psychology Review, 9,*** 75-90.

Geen, R. G. (1990). ***Human agression.*** Milton Keynes: Open University Press.

Gendlin, E. T. (1969). Focusing. ***Journal of Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 6,*** 4-15.

Gil Andino, A. y Cano Vindel, A. (2001, febrero/marzo). Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada. II ***Congreso Virtual de Psiquiatría (Interpsiquis 2).***

Gilligan, C. (1981). ***In a different voice.*** Cambridge, MA: Harvard University.

Girolamo, G. y Reich, J. (1993). ***Personality disorders.*** Ginebra: WHO.

Gitlin, M. J. (1993). Pharmacotherapy of personality disorders: conceptual framework and clinical strategies. ***Journal of Clinical Psychopharmacology, 13,*** 343-353.

Glosser, G., Clark, C., Freundlich, B., Kliner-Krenzel, L, Flaherty, R y Stern, M. (1995). A controlled investigation of current and premorbid personality: characteristics of Parkinsons disease patients. ***Movement Disorders, 10,*** 201-206.

Goldberg, S. C., Schulz, S. C., Schulz, P. M., Resnick, R. J., Hamer, R M. y Friedel, R O. (1986). Borderline and eschizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs. placebo. ***Archives of General Psychiatry, 43,*** 680-686.

Golden, C. H. (1995). ***Stroop color and word test.*** Edición española; Madrid: TEA..

Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37,*** 228-234.

— (1980). ***Some views on effective principles of psychotherapy.*** Nueva York: Plenum.

—- (1991). Research issues in psychotherapy integration. ***Journal of Psychotherapy Integration, 1,*** 5-25.

Goldfried, M. R. y Padawer, W. (1982). Current status and future directions of psychotherapy. En M. R. Goldfried (dir.), ***Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice.*** Nueva York: Springer.

Goldman, S. J., D'Angelo, E. J. y DeMasso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 150,*** 1832-1835.

Goldstein, A. P., Sprafkin, R. R, Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989). ***Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza.*** Barcelona: Martínez Roca.

Gómez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Pérez, F., Hernández, M., Leal, C., Cuquerella, M., Slok, C. y Asencio, A. (1994). The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. ***Journal of Personality Disorders, 8,*** 104-110.

Goran, D. A. y Fabiano, R. J. (1993). The scaling of the Katz Adjustment Scale in traumatic brain injury rehabilitation sample. ***Brain Injury,*** 7, 219-229.

Gordon, W. A., Haddad, L., Brown, M., Hibbard, M y Sliwinski, M. (2000). The sensitivity and specificity of self-reported symptoms in individuals with traumatic brain injury. ***Brain Injury, 14,*** 21-33.

Gorton, G. y Akhtar, S. (1990). The literature on personality disorders 1985-1988: trens, issues and controversies. ***Hospital and Community Psychiatry, 41,*** 39-51.

Gotham, A. M., Brown, R. G. y Marsden, C. D. (1986). Depression in Parkinson's disease: a quantitative and qualitative ***analysis. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 49,*** 381-389.

Gottman, J. M. y Katz, L. F. (1990). Effects on marital discord on young children's peer interaction and health. ***Developmental Psychology, 25,*** 373-381.

Grace, J., Boyle, P., Zawacki, T y Stout, J. C. (2000). Frontal behavior chance in chronic and acute neurological disorders. Abstract presentado en American Neuropsychiatry Association, Ft. Myers.

Grace, J. y Malloy, P. F. (2001). ***Frontal Systems Behavior Scale.*** Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.

Graham, J. (1990). ***MMPI-2: Assessing personality and psychopathy.*** Nueva York: Oxford.

Graña, J. L. (1994). Intervención conductual individual en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), ***Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento.*** Madrid: Debate.

Gray, J. A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. En S. M. Stahl, S. D. Iversen y E. C. Goodman (dirs.), ***Cognitive neurochemistry*** (pp. 171-190). Oxford: Oxford University Press.

Greenberg, R. P. y Bornstein, R. F. (1988a). The dependent personality: I. Risk for psychological disorders. ***Journal of Personality Disorders, 2,*** 126-135.

— (1988b). The dependent personality: II. Risk for psychological disorders. ***Journal of Personality Disorders, 2,*** 136-143.

Grove, W. M. y Tellegen, A. (1991). Problems in the classifiaction of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 31-41.

Gruenberg, A. (1993, septiembre). ***Co-ocurrence of mood and personality disorders.*** Comunicación presentada en el Third International Conference of the International Society for the Study of the Personality Disorders, Cambridge, MA.

Gude, T. y Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with Cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within Cluster C, and "pure" C with "pure" Cluster A or B conditions. ***Journal of Personality Disorders, 15,*** 216-228.

Gunderson, J. G. (1983). DSM-III diagnoses of personality disorders. En J. P. Forsch (dir.), ***Current perspectives on personality disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

— (1984). ***Borderline personality disorder.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

— (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 967-975.

— (1992). Diagnostic controversies. En A. Tasman y M. B. Riba (dirs.), ***Review of psychiatry,*** vol. 11 (pp. 9-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.

— (2001). ***Borderline personality disorder.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. E, Wachter, S., Lynch, V. J. y Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 177,*** 38-42.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E. y Austin, V. (1981). The diagnostic interview for bordeline patients. ***American Journal of Psychiatry, 138,*** 896-903.

Gunderson, J. G., Links, P. S. y Reich, J. H. (1991). Competing models of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 60-68.

Gunderson, J. G. y Phillips, K. A. (1995). Personality disorders. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (dirs.), ***Comprehensive textbook of psychiatry*** (6.ª edición) (pp. 1425-1461). Baltimore: Williams and Wilkins.

Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Triebwasser, J. T. y Hirschfeld, R. M. A. (1994). Diagnostic Interview for Depressive Personality Disorders. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 1300-1304.

Gunderson, J. G., Ronnigstam, E. y Bodkin, A. (1990). The diagnostic interview for narcisistic patients. ***Archives of General Psychiatry, 47,*** 676-680.

Gunderson, J. G. y Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. ***American Journal of Psychiatry, 132,*** 1-10.

Gunderson, J., Ronningstam, E. y Smith, L. (1991). Narcissistic personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. ***Journal of Personality Disorder, 5,*** 167-177.

Gunderson, J. G., Siever, L. J. y Spaulding, E. (1983). The search for a schizotype: Crossing the border again. ***Archives of General Psychiatry, 40,*** 15-22.

Gustin, Q., Goddpaster, W, Sajadi, C. Pitts, W, Labasse, D. y Snyder, S. (1983). MMPI characteristics of the DSM-III bordeline personality disorder. ***Journal of Personality Assessment, 47,*** 50-59.

Gutiérrez, E., Sáez, P., González, R, Fernández, J. y Bobes, J. (1998). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas. ***Adicciones, 10,*** 121-129.

Haier, R. J., Rieder, R. O., Khouri, P. J. y Buchsbaum, M. S. (1979). Extreme MMPI scores and the Research Diagnostic Criteria. Screening college men for psychopathology. ***Archives of General Psychiatry, 36,*** 528-534.

Hall, K. M., Hamilton, B. B., Gordon, W. A. y Zasler, N. D. (1993). Characteristics and comparisons of functional assessment indices: Disability Rating Scale, Functional Independence Measure and Functional Assessment Measure. ***Journal of Head Trauma Rehabilitation, 8,*** 60-74.

Hamburger, M. E., Lilienfeld, S. O. y Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender and gender roles: Implications for antisocial and histrionic personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 10,*** 41-55.

Hankin, S. W. R. (1997). El proceso terapéutico en la terapia de valoración cognitiva. En I. Caro (dir.), ***Manual de terapias cognitivas.*** Barcelona: Paidós.

Hanks, R A., Temkin, N,, Machamer, J. y Dikmen, S. S. (1999). Emotional and behavioral adjustment after traumatic brain injury. ***Archives of Physical Medicine and Rehabilitaiton, 80,*** 991-7.

Hare, R. D. (1941). ***Psicopatía: teoría e investigación.*** Nueva York: Wiley. (Orig.: 1970).

— (1978). Electrodermal and cardiovascular correlates of psychopathy En R. D. Hare y D. Schalling (dirs.). ***Psychopathic behavior: Approaches to research*** (pp. 107-144). Nueva York: Wiley.

— (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. ***Personality and Individual Differences, 1,*** 111-119.

— (1985). Comparisons of procedures for the assessment of psychopathy. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,*** 7-16.

— (1991). ***The Hare Psychopathy Checklist-Revised.*** Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R. D., Hart, S. D. y Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. ***Journal of Abnormal Psychology, 100,*** 391-398.

Harpur, T. J., Hakstian, A. R. y Hare, R. (1988). Factor structure of the Psychopathic Checklist. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,*** 741-747.

Harpur, T. J., Hare, R. y Hakstian, A. R. (1989). Two factor conceptualization of psychopathic: Construct validity and assessment implications. ***Psychological Assessment, 1,*** 6-17.

Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1951). ***The Minnesota Multiphasic Personality Inventory.*** Nueva York: Psychological Corporation.

Hawton, K., Fagg, J., Platt, S. y Hawkins, M. (1993). Factors associated with suicide after parasuicide in young people. ***British Medical Journal, 306,*** 1641-1644.

Haynes, S. G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M. y Kannel, W. B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. ***American Journal of Epidemiology, 107,*** 362-383.

Haynes, S. N. (1978). ***Principles of behavioral assessment.*** Nueva York: Gardner Press.

Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). The functional analysis in behavior therapy. ***Clinical Psychology Review, 10,*** 649-668.

— (2000). ***Principles and practice of behavioral assessment.*** Nueva York: Kluwer.

Head, S. B., Baker, J. y Williamson, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 256-263.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L. Kay, G. G. y Curtiss, G. (1993). ***Winsconsin Card Sorting Test.*** Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. (Edición en español: TEA, 1997).

Heberlein I., Ludin H., Scholtz J. y Vieregge, P. (1998). Personality, depression, and lifestyle in twin pairs discordant for Parkinsons disease. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 64,*** 262-266.

Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. y Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 173,*** 236-245.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zoilo, L. J. y Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. ***Cognitive Therapy and Research, 14,*** 1-23.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. R. (dirs.) (1995). ***Social phobia.*** Nueva York: Guildford.

Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. y Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. ***European Psychiatry, 15,*** 29-37.

Hekimian, L. K. y Gershon, S. (1968). Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. ***Journal of the American Medical Association, 205,*** 75-80.

Hempel, C. G. (1965). ***Aspects of scientific explanation.*** Nueva York: Free Press.

Henricksen-Labianca, J. (1993, septiembre). ***Borderline personality disorder in psychiatric patients with history of incestuous abuse.*** Conunicación presentada en el 3rd International Conference of the International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 332-339.

Herman, J. L., Perry, J. C. y Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 146,*** 490-495.

Herman, J. L. y Van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. En B. A. van der Kolk (dir.), ***Psychological trauma*** (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hermann, B. R, Whitman, S., Wyler, A. R., Richey, E. T. y Dell, J. (1988). The neurological, psychosocial and demographic correlates of hypergraphia in patients with epilepsy. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 51,*** 203-208.

Herrero, M. E., Hechman, L. y Weiss, G. (1994). Antisocial disorder in hyperactive subjects from childhood to adulthood: Predictive factors and characterization of subgroups. ***American Journal of Orthopsychiatry, 64,*** 510-521.

Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, K. S. y Foster, H. G. (1994). Clinical predictors of self-mutilation in hospitalized forensic patients. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 182,*** 9-13.

Hills, H. A. (1995). Diagnosing personality disorders: An examination of teh MMPI-2 and MCMI-II. ***Journal of Personality Assessment,*** 65, 21-34.

Hirschfeld, R., Klerman, G., Clayton, R, Keller, M., McDonald-Scott, P. y Larkin, B. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. ***American Journal of Psychiatry, 140,*** 695-699.

Hirschfeld, R. M. A., Shea, M. T. y Weise, R. (1991). Dependent personality disorder: Perspectives for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 135-149.

Hoch, P. H. (1909). Constitutional factors in the dementia praecox group. ***Review of Neurology and Psychiatry, 8,*** 463-475.

Hofmann, S. G., Lippe, W. y Bufka, L. F. (1999). Why do personality disorders change? Possible explanations from cognitive and psychodynamic models. ***Psychiatric Annals, 29,*** 725-729.

Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. ***Journal of Abnormal Psychology, 104,*** 224-231.

Hollander, E., Stein, D., DeCaria, C. M., Cohen, L., Saoud, J. B., Skodol, A. E., Kellman, D., Osnick, L. y Oldham, J. M. (1994). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorders: preliminary findings. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 277-280.

Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 318-325.

Home Office and Department of Health (1999). ***Managing dangerous people with severe personality disorder: Proposals for policy development.*** Londres: Home Office/Department of Health.

Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Klein, J. F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. ***Journal of Cognitive Psychotherapy, 4,*** 185-195.

Hope, D. A., Herbert, J. D. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. ***Cognitive Therapy and Research, 19,*** 399-417.

Horney, K. (1937). ***The neurotic personality of our time.*** Nueva York: Norton.

— (1945). ***Our inner conflicts.*** Nueva York: Norton.

— (1950). ***Neurosis and human growth.*** Nueva York: Norton.

Horowitz, M. J.(1995). Histrionic personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders*** (2.ª edición). Washington: American Psychiatric Press.

Horowitz, M., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N. y Wallerstein, R. (1984). ***Personality styles and brief psychotherapy.*** Nueva York: Basic Books.

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. ***Journal of Counseling Psychology, 38,*** 139-149.

Hubble, J. P. y Koller, W. C. (1995). The Parkinsonian personality. En W J. Weiner y A. E Lang (dirs.), ***Behavioral neurology of movement disorders (Advances in neurology, vol 65).*** Nueva York: Raven.

Hubble, J. P., Venkatesh, R., Hassanein, R. E. S., Gray, C. y Koller, W. C. (1993). Personality and depression in Parkinsons ***disease. Journal of Nervous and Mental Disease, 181,*** 657-662.

Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. ***Behavior Modification, 24,*** 102-129.

Hull, J. W. (1993). Time series analysis of intervention effects - fluoxetine therapy as a case illustration. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 181,*** 48-53.

Hull, J. W, Yeomans, E, Clarkin, J., Li, C. y Goodman, G. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. ***Psychiatric Services, 47,*** 638-641.

Humble, M., Fahlen, T, Koczkas, C. y Nilsson, H. L. (1992). ***Social phobia: Efficacy of brofaromine vs. placebo.*** Paper presented at the 145th meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D. C.

Huprich, S. K., Margarett, J. E., Barthelemy, K. J. y Fine, M. A. (1996). The Depressive Personality Disorder Inventory: An initial investigation of its psychometric properties. ***Journal of Clinical Psychology, 52,*** 153-159.

Huprich, S. K., Sanford, K. y Smith, M. (2002). Psychometric evaluation of the Depressive Personality Disorder Inventory. ***Journal of Personality Disorders, 16,*** 255-269.

Hurt, S. W., Clarkin, J. F. y Morey, L. C. (1990). An examination of the stability of the MMPI personality disorders scales. ***Journal of Personality Assessment, 54,***16-23.

Hurt, S., Clarkin, J., Frances, A., Abrams, R. y Hunt, H. (1985). Discriminant validity of the MPPI for borderline personality disorder. ***Journal of Personality Assessment, 49,*** 56-61.

Hurt, S. W., Clarkin, J. F,, Munroe-Blum, H. y Marziali, E. (1992). Borderline behavioral clusters and different treatment approaches. En J. F. Clarkin, E. Marziali y H. Munroe-Blum (dirs.), ***Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives.*** Nueva York: Guilford.

Hurt, S. W., Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Fyer, M. R. Sullivan, T. Stone, M. H. y Frances, A. (1990). Evaluation of DSM-III decision rules for case detection using joint conditional probability structures. ***Journal of Personality Disorders, 4,*** 121-130.

Hurt, S. W., Hyler, S., Frances, A., Clarkin, J. y Brent, R. (1984). Assessing bordeline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. ***American Journal of Psychiatry, 141,*** 1228-1231.

Hyler, S. E. (1994). ***Personality Diagnostic Questionnaire-IV(PDQ-IV).*** Nueva York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler, S. E. y Lyons, M. (1988). Factor analysis of the DSM-III personality disorder clusters: A replication. ***Comprehensive Psychiatry, 29,*** 304-308.

Hyler, S., Rieder, R., Spitzer, R. y Williams, J. (1982). ***The Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ).*** Nueva York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler, S., Rieder, R. O., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Lyons, M. y Hendler, J. (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. ***Comprehensive Psychiatry, 30,*** 170-178.

Hyler, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M. y Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire—revised: comparison with two structured interviews. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 1043-1048.

Intrator, J., Hare, R., Stritzke, P. y Brichtswein, K. (1997). A brain imaging (single photon emission computerized tomography) study of semantic and affective processing in psychopaths. ***Biological Psychiatry, 42,*** 96-103.

Jackson, D. N. y Livesley, W. J. (1995). Possible contributions from personality assessment to the classification of Personality Disorders. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV Personality Disorders.*** Nueva York: Guilford.

Janet, P. (1901). ***The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents.*** Nueva York: Putnam.

Jansen, M., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P. P. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. ***Journal of Abnormal Psychology, 103,*** 391-395.

Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J. y Rosenman, R. H. (1979). ***Jenkins Activity Survey Manual.*** Nueva York: Psychological Corporation.

Joffe, R. T. y Regan, J. J. (1989a). Personality and response to tricyclic antidepressants in depressed patients. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 177,*** 745-749.

— (1989b). Personality and depression: a further evaluation. ***Journal of Psychiatric Research, 23,*** 299-301.

Johnson, F. A. (1993). ***Dependency and Japanese socialization.*** Nueva York Nueva York University.

Johnson, J. G. y Bornstein, R. E (1992). Utility of the personality diagnostic questionaire - Revised in a nonclinical population. ***Journal of Personality Disorders, 6,*** 450-457.

Johnson, J. G., Cohen, R, Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S. y Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. ***Archives of General Psychiatry, 56,*** 805-811.

Joseph, S. (1998). ***Personality disorders. New symptom-focused drug therapy.*** Nueva York: Haworth Medical.

Joubert, C. (1989). Birth order and narcissism. ***Psychological Reports, 64,*** 721-722.

Jung, C.G. (1921). ***Psychological types.*** Zurich: Rascher Verlag.

Kaasinen, V, Nurmi, E., Bergman, J., Eskola, O., Solin, O., Kurki, T. y Rinne, J. O. (2002). Personality traits and striatal 6-[18F]fluoro-L-dopa uptake in healthy elderly subjects. ***Neuroscience Letters, 332,*** 61-64.

Kaasinen, V., Nurmi, E., Bergman, J., Eskola, O., Solin, O., Sonninen, P. y Rinne, J. O. (2001). Personality traits and brain dopaminergic function in Parkinson's disease. ***Proceedings of National Academy of Sciences USA, 98,*** 13272-13277.

Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. y García-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. ***Child Development,*** 55, 2212-2225.

Kagan, J., Reznick, S. y Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. ***Science, 240,*** 167-171.

Kahn, E. (1931). ***Psychopatic personalities.*** New Haven: Yale University Press.

Kalus, O., Bernstein, D. y Siever, L. (1993). Schizoid personality disorder: A review of current status and implications for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders, 3,*** 43-52.

— (1995). Schizoid personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders*** (pp. 58-70). Nueva York: Guilford.

Kant, I. (1964). ***The classification of mental disorders.*** Pennsylvania: Doylestown Foundation. (Orig.: 1798).

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). ***Synopsis of psychiatry (7a.*** ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Kass, F. (1987). Self-defeating personality disorder: An empirical study. ***Journal of Personality Disorders, 1,*** 168-173.

Kass, E, MacKinnon, R. A. y Spitzer, R. L. (1986). Masochistic personality: An empirical study. ***American Journal of Psychiatry, 143,*** 216.

Kass, E, Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (1983). An empirical study of sex bias in the diagnostic criteria of DSM-III Axis II personality disorders. ***American Psychologist, 38,*** 799-801.

Kass, E, Skodol, A. E., Charles, E,, Spitzer, R. L. y Williams, J. B.W. (1985). Scaled rating of DSM-III personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 142,*** 627-630.

Katz, M. M. y Lyerli, S. B. (1963). Methods for measure adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. ***Psychological Reports, 13,*** 503-535.

Kavoussi, R. J. y Coccaro, E. F. (1995). A neuropsychiatric approach to disorders of personality. En J. J. Ratey (dir.), ***Neuropsychiatry of personality disorders*** (pp. 17-34). Lóndres: Blackwell Science.

— (1998). Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. ***Journal of Clinical Psychiatry, 59,*** 676-680.

Kemberg, O. F. (1975). ***Borderline conditions and pathological narcissism.*** Nueva York: Jason Aronson.

Kendall, R. E. (1975). ***The role of diagnosis in psychiatry.*** Oxford: Blackwell.

— (1983). DSM-III: A mayor advance in psychiatric nosology. En R. L. Spitzer, J. B. W. Williams y A. E. Skodol (dirs.), ***International perspectives on DSM-III.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. ***British Journal of Psychiatry, 180,*** 110-115.

Kendler, K. S. (1980). Are there delusions specific for paranoid disorders versus schizophrenia? ***Schizophrenia Bulletin, 6,*** 1-3.

— (1995). Genetic epidemiology in psychiatry: Taking both genes and environment seriously. ***Archives of General Psychiatry, 52,*** 895-899.

Kendler, K. S., Masterson, C. C. y Davis, K. L. (1985). Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. ***British Journal of Psychiatry, 139,*** 1185-1186.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Heaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. ***Archives of General Psychiatry, 49,*** 273-281.

Kernberg, O. F. (1965). Notes on ***countertransference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 13,*** 38-56.

— (1970). Factors in the psychoanalytic therapy of narcissistic patients. ***Journal of the American Psychoanalytic Association, 18,*** 51-85.

— (1975). ***Borderline conditions and pathological narcissism.*** Nueva York: Jason Aronson.

— (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. ***International Journal of Group Psychotherapy, 34,*** 5-23.

— (1998). Developmental aspects of normal and pathological narcissism. En E. F. Ronningstam (dir.), ***Disorders of narcissism*** (pp. 103-120). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kety, S. S. (1976). Genetic aspects of schizophrenia. ***Psychiatric Annals, 6,*** 14-32.

Kety. S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. y Schulsinger, F. (1969). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. En D. Rosenthal y S. S. Kety (dirs.), ***The transmission of schizophrenia.*** Lóndres: Pergamon.

Kety, S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. y Jacobsen, B. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: A preliminary report based on psychiatric interviews. En R. R. Fieve, D. Rosenthal y H. Brill (dirs.), ***Genetic research in psychiatry.*** Baltimore, MD: John Hopkins University.

Khantzian, E. J. y Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent finding. ***Archives General Psychiatric, 42,*** 1067-1071.

Khouzam, H. R y Donnelly, N. J. (1997). Remission of self-mutilation in a patient with borderline personality during risperidone therapy. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 185,*** 348-349.

Kimble, C. R., Oepen, G., Weinberg, E., Williams, A. A. y Zanarini, M. C. (1996). Neurological vulnerability and trauma in borderline personality disorder. En M. C. Zanarini (dir.), ***Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*** (pp. 165-180). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Klar, H., Siever, L. J. y Coccaro, E. (1988). Psychobiologic approaches to personality and its disorders: An overview. ***Journal of Personality Disorders, 2,*** 334-341.

Klein, D. F. (1970). Psychotropic drugs and the regulation of behavior at activation in psychiatric illness. En W. L. Smith (dir.), ***Drugs and cerebral function.*** Springfield, IL: Thomas.

Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Justed, J. y Greist, J. H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, reliability, and validity. ***Journal of Personality Disorders,*** 7, 285-303.

Klerman, G. (1978). The evolution of scientific nosology. En J. C. Shershow (dir.), ***Schizophrenia: Science and practice.*** Cambridge, MA: Harvard University Press.

Knutson, B., Wolkowitz, O. M., Cole, S. W., Chan, T, Moore, E. A., Johnson, R. C., Terpstra, J., Turner, R. A. y Reus, V. I. (1998). Selective alteration of personality and social behavior by serotonergic intervention. ***American Journal of Psychiatry, 155,*** 373-379.

Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. y Cooper, A. M. (1985). The relationships between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. ***American Journal of Psychiatry, 142,*** 207-212.

Koerner, K. y Linehan, M. M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy. En T. D. Eells (dir.), ***Handbook of psychotherapy case formulation.*** Nueva York: Guilford.

— (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. ***Psychiatric Clinics of North America, 23,*** 151-167.

Koh, S. D. y Peterson, R. A. (1974). Perceptual memory for numerousness in "nonpsychotic schizophrenics". ***Jornal of Abnormal Psychology, 83,*** 215-226.

Kohut, H. (1971). ***The analysis of the self.*** Nueva York: International Universities Press.

— (1977). ***The restoration of the self.*** Nueva York: International Universities Press.

Kolb, B. y Wishaw, I. Q. (1996). ***Fundamentals of human neuropsychology.*** Nueva York: Freeman.

Kolb, B. y Nonneman, A. J. (1974). Frontolimbic lesion and social behavior in the rat. ***Physiological Behaviour, 13,*** 637-643.

Koldobsky, N. M. S. (1995). ***La personalidad y sus desórdenes.*** Buenos Aires: Salerno.

— (2001). Terapéutica farmacológica de los desórdenes de la personalidad. ***Persona, 1,*** 1-28. Online: www.iaepd.com.ar

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., González, A. M., Morse, J. Q, Butterfield, M. J. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. ***Behavior Therapy, 32,*** 371-390.

Koponen, S., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., Hinkka, S. y Tenovuo, O. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. ***American Journal of Psychiatry, 159,*** 1261-1264.

Korzekwa, M., Links, P. y Steiner M. (1993). Biological markers in borderline personality disorder — new perspectives. ***Canadian Journal of Psychiatry, 38*** (suppl. 1), SI 1-S15.

Koskinen, S. (1998). Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): the perspective of the injured and the closest relative. ***Brain Injury, 12,*** 631-48.

Kosten, T. R., Rousanville, B. J. y Kleber, H. B. (1982). DSM-III personality disorders in opiate addicts. ***Comprehensive Psychiatry, 23,*** 572-581.

Kraepelin, E. (1909-1915). ***Psychiatrie.*** (8.ª edición)(Vol. 4). Leipzig: Barth.

— (1913). ***Psychiatrie: Ein Lehrbuch*** (8.ª edición). Leipzig: Barth.

— (1921). ***Manic-depressive insanity and paranoia.*** Edinburg: Livingstone.

— (1971). ***Dementia praecox and paraphrenia.*** Huntington, NY: Krieger Publishing. (Orig.: 1913).

Kretschmer, E. (1925). ***Physique and character.*** Londres: Kegan Paul.

Kreutzer, J. S,, Marwitz, J. H., Seel, R. y Serio, C. D. (1996). Validation of a neurobehavioral functioning inventory for adults with traumatic brain injury. ***Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,*** 77, 116-24.

Kroll, J. (1981). Borderline personality disorder: Interrater reliability of the Diagnostic Interview for Borderlines. ***Schizophrenia Bulletin, 7,*** 269-172.

Kuhn, T. S. (1962). ***The structure of scientific revolutions.*** Chicago: University of Chicago Press.

Kurtz, J. E., Putnam, S. H. y Stone, C. (1998). Stability of normal personality traits after traumatic brain injury. ***Journal of Head Trauma Rehabilitation, 13,*** 1-14.

Lachar, D. (1974). ***The MMPI: Clinical Assessment and automated interpretation.*** Los Angeles: Western Psychological Services.

Lacritz, L. H., Dewey, R., Giller, C. y Cullum, C. M. (2002). Cognitive functioning in individuals with "benign" essential tremor. ***Journal of the International Neuropsychological Society, 8,*** 125-129.

Lamparski, D. M., Roy, A., Nutt, D. J. y Linnoila, M. (1991). The criteria of Cloninger et al. and von Knorring et al. for subgrouping alcoholics: a comparison in a clinical population. ***Acta Psychiatrica Scandinavica, 84,*** 497-502.

Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1997). Motivated attention: Affect, activation, and action. En P. J. Lang, R. F. Simons y M. T. Balaban (dirs.), ***Attention and orienting: Sensory and motivational processes*** (pp. 97-135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

— (1998). Emotion and attention: Stop, look and listen. ***Cahiers of Psychology Cognitive, 17,*** 997-1020.

Langner, T. S. y Michael, S. T. (1963). ***Life stress and mental health. The Midtown Manhattan Study.*** Lóndres: Collier.

Lanoo, E., de Deyne, C., Colardyn, F,, Soete, G. y Jannes, G. (1997). Personality change following head injury: assessment with the NEO Five Factor Invetory. ***Journal of Psychosomatic Research, 43,*** 505-511.

Lasch, C. (1979). ***The culture of narcissism.*** Nueva York: Norton.

Lazare, A., Klerman, G. L. y Armor, D. (1966). Oral, obsessive and hysterical personality patterns. ***Archives of General Psychiatry, 14,*** 624-630.

— (1970). Oral, obsessive and hysterical personality patterns: Replication of factor analysis in an independent sample. ***Journal of Psychiatric Research, 7,*** 275-290.

Lazarus, A. A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the "Basic ID". ***Journal of Nervous and Mental Disease, 140,*** 80-86.

— (1976). ***Multimodal behavior therapy.*** Nueva York: Springer.

— (1981). ***The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy.*** Nueva York: McGraw-Hill.

Leary, T. (1957). ***Interpersonal diagnosis of personality.*** Nueva York: Ronald.

Lehmkuhl, D. (1988). ***The TIRR Symptom Checklist.*** Huston: The Institute of Rehabilitation Research.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. ***Journal of Personality Assessment, 73,*** 45-63.

Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. ***American Journal of Psychiatry, 160,*** 1223-1232.

Leighton, A. H. (1959). ***My name is legion: The Stirling County Study of psychiatric disorder and sociocultural environment.*** Nueva York: Basic Books.

Leighton, D. C., Harding, J. S. y Macklin, D. B. (1963). ***The character of danger.*** Nueva York: Simon & Shuster.

Lenzenweger, M. F. (1999). Schizotypic psychopathology: Theory, evidence and future directions. En T. Millon, P. H. Blaney y R. D. Davis (dirs.), ***Oxford textbook of psychopathology*** (pp. 605-627). Nueva York: Oxford University Press.

Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L. y Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. ***Archives of General Psychiatry, 54,*** 345-351.

Leone, N. F. (1982). Response of borderline patients to loxapina and cloropromozina. ***Journal of Clinical Psychiatry, 43,*** 148-150.

Lerner, D. M., Schuetz, L,, Holland, S., Rubinow, D. R. y Rosenstein, D. L. (2000). Low-dose risperidone for the irritable medically ill patient. ***Psychosomatics, 41,*** 69-71.

Le Roux, A. A. (1993). TELER: the concept. ***Physiotherapy, 79,*** 755-775.

Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admission service. ***Hospital and Community of Psychiatric, 41,*** 1009-**1012.**

Levin, H. S., High, W. M. y Goethe, T. E. (1987). The neurobeahevioral rating scale: Assessment of the behavioral secuelae of head injury by the clinician. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 50,*** 183-193.

Levin, H. S., Mattis, S., Ruff, R. M., Eisenberg, H. M., Marshall, L. E, Tabaddor, K., High, W. M. Jr, y Frankowski, R. F. (1987). Neurobehavioral outcome following minor head injury: a three-center study. ***Journal of Neurosurgery, 66,*** 234-43.

Levine, D., Marziali, E. y Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 185,*** 240-246.

Levins, R. y Lewontin, R. (1985). ***The dialectical biologist.*** Cambridge, MA: Harvard University Press.

Lezack, M. D., (1995). ***Neuropsychological assessment.*** Nueva York: Oxford University Press.

Liebowitz, M. R. y Heimberg, R. G. (1997). ***A controlled comparison of phenelzine and cognitive-behavioral group therapy in social phobia.*** Paper presented at the International Conference on Shyness and Self-consciousness, Cardiff, Wales.

Liebowitz, M. R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R. y Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: a placebo-controlled comparison. ***Archives of General Psychiatry, 49,*** 290-300.

Lilienfeld, S. O. y Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. ***Journal of Personality Assessment, 66,*** 488-524.

Linehan, M. M. (1993a). ***Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.*** Nueva York: Guilford.

__ (1993b). ***Skills training manual for treating borderline personality disorder.*** Nueva York: Guilford. (Trad, al castellano, Paidós, 2003.)

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. ***Archives of General Psychiatry, 48,*** 1060-1064.

Linehan, M. M., Heard, H. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. ***Archives of General Psychiatry, 50,*** 971-974.

Linehan, M. M,, Schmidt, H,, Dimeff, L. A., Craft, J. C,, Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. ***American Journal on Addictions, 8,*** 279-292.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 1771-1776.

Links, P. S. (1996). ***Clinical assessment and management of severe personality disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Links, P. S., Heslegrave, R. y Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. ***Journal of Personality Disorders, 13,*** 1-9.

Links, R, Heslegrave, R. y Villela, J. (1998). Psychopharmacological management of personality disorders: an outcome-focused model. En K. R. Silk (dir.), ***Biology of personality disorders*** (pp. 93-127). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Links, P. S., Steiner, M., Boiago, I. e Irwin, D. (1990). Lithium therapy for borderline patients: Preliminary findings. ***Journal of Personality Disorders, 4,*** 173-181.

Livesley, W. J. (1985). The classification of personality disorder: I The choice of category concept. ***Canadian Journal of Psychiatry, 144,*** 728-732.

— (1987). Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 1,*** 88-94.

— (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. ***Canadian Journal of Psychiatry, 43,*** 137-147.

— (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. ***Psychiatric Clinics of North America, 23,*** 211-232.

— (2001). Conceptual and taxonomic issues. En W. J. Livesley (dir.), ***Handbook of personality disorders*** (pp. 3-38). Nueva York: Guilford.

Livesley, W. J. y Jackson, D. N. (1992). Guidelines for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. ***Journal of Nervous and Mental Disease,*** 180, 609-618.

— (en prensa). ***Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire.*** Port Huron, MI: Sigma Press.

Livesley, W. J., Jackson, D. N. y Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 432-440.

Livesley, W. J. y Jang, K. L. (2000). Toward an empirically bases classification of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 14,*** 137-151.

Livesley, W. J, Schroeder, M. L. y Jackson, D. N. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. ***Journal of Personality Disorders, 4,*** 131-140.

Livesley, W. J. y West, M. (1986). The DSM-III distinction between schizoid and avoidant personality disorders. ***Canadian Journal of Psychiatry, 31,*** 59-62.

Lobo, A. (1979). El mini examen cognoscitivo. ***Actas Españolas de Neurología y Psquiatría, 7,*** 281-297.

Loevinger, J. (1957). Objective test as instruments of psychological theory. ***Psychological Reports, 3,*** 635-694.

London, E. D., Ernst, M,, Grant, S., Bonson, K. y Weinstein, A. (2000). Orbitofrontal cortex and human drug abuse: functional imaging. ***Cerebral Cortex, 10,*** 334-342.

Loranger, A. W. (1990). The impact of DSM-III on diagnostic practice in a university hospital. ***Archives of General Psychiatry, 47,*** 672-675.

— (1996). ***Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV.*** Ginebra: OMS. (Orig. 1995).

— (1999). ***International Personality Disorder Examination Manual: DSM-IV Module.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Loranger, A., Susman, V., Oldham, J. y Russakoff, L. M. (1985). ***Personality disorder examinations (PDE). Directions.*** Unpublished manuscript, New York Hospital-Cornell Medical Center, White Plains, NY.

— (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. ***Journal of Personality Disorders,*** 1, 1-13.

Louth, S. M., Williamson, S., Alpert, M., Pouget, E. R. y Hare, R. D. (1998). Acoustic distinctions in the speech of male psychopaths. ***Journal of Psycholinguistic Research, 27,*** 375-384.

Lucas, P. B., Gardner, D. L,, Cowdry, R. W. y Pickar, D. (1989). Cerebral structure in borderline personality disorder. ***Psychiatry Research, 27,*** 111-115.

Luengo, M. A., Carrillo, M. T., Otero, J. M. y Romero, E (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. ***Journal of Personality and Social Psychology, 66,*** 542-548.

Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). ***Understanding transference: The core conflictual relationship theme method.*** Nueva York: Basic.

Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. ***Journal of Abnormal and Social Psychology, 55,*** 6-10.

— (1995). ***The antisocial personalities.*** Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Magaro, P. (1981). The paranoid and the schizophrenic: The case for distinct cognitive style. ***Schizophrenia Bulletin, 7,*** 632-660.

Magnavita, J. J. (1999). ***Relational therapy for personality disorders.*** Nueva York: Wiley.

Mahoney, M. J. (1987). ***Cognitive and self-control therapies.*** Nueva York: Wiley.

Mahoney, M. J. y Thorensen, C. E. (1974). ***Self control: power to the person.*** Monterey, CA: Brooks/ Cole.

Maier, W, Lichtermann, D., Klingler, T, Heun, R. y Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. ***Journal of Personality Disorders, 6,*** 187-196.

Main, M. y Goldwyn, R. (1990). Adult attachment rating and classification systems. En M. Main (dir.), ***A typology of human attachment organisation assessed in discourse, drawings and interviews.*** Nueva York: Cambridge University Press.

Malan, D. H. (1963). ***A study of brief psychotherapy.*** Londres: Tavistock.

— (1980). The most important development in psychotherapy. En H. Davenloo (dir.), ***Short-term dynamic psychotherapy.*** Northvale, NJ: Aronson.

Mann, A. Jenkins, R. Cutting, J. y Cowen, P. (1981). The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. ***Psychological Medicine, 11,*** 839-847.

Marin, R. S., Biedrzycki, R. C. y Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. ***Psychiatry Research, 38,*** 143-62.

Markovitz, P. J., Calabrese, J. R., Schulz, S. C. y Meltzer, H. Y. (1991). Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 1064-1067.

Markovitz, P. J. y Wagner, S. C. (1995). Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. ***Psychopharmacology Bulletin, 31,*** 773-777.

Marks, I. (1985). Behavioral treatment of social phobia. ***Psychopharmacology Bulletin, 21,*** 615-618.

Marshall, W. L. y Fernández, Y. M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos,*** vol.l. Madrid: Siglo XXI.

Marx, K. y Engels, F. (1970). ***Selected words*** (vol. 3). Nueva York: International Press.

Martzke, J. S., Swan, C. S. y Varney, N. R. (1991). Postraumatic anosmia and orbital frontal damage: Neuropsychological lend neuropsychiatric correlates. ***Neuropsychology, 2,*** 213-225.

Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,*** 251-260.

Mattick, R. R, Peters, L. y Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. ***Behavior Therapy, 20,*** 3-23.

Mavissakalian, M. (1991). Agoraphobia. En B. D. Beitman y G. L. Klerman (dirs.). ***Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*** (pp. 165-181). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mavissakalian, M. y Hamann, M. S. (1986). DSM-III personality disorder in agoraphobia. ***Comprehensive Psychiatry, 27,*** 471-479.

Mavissakalian, M. y Hamann, M. S. (1988). Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia. ***Comprehensive Psychiatry, 29,*** 535-544.

Mayeux, R., Marder, K., Tang, M-X., Cote, L. y Stern, Y. (1994). Smoking and Parkinsons disease. ***Movement Disorders, 9,*** 207-212.

Mayeux, R., Stern, Y., Cote, L. y Williams, J. B. W. (1984). Altered serotonin metabolism in depressed patients with Parkinsons disease. ***Neurology, 34,*** 642-649.

McCann, J. T. (1989). MMPI personality disorders scales and the MCMI. Concurrent validity. ***Journal of Clinical Psychology,*** 45, 365-369.

— (1991). Convergent and discriminant validity of the MCMI-II and MMPI personality disorders scales. ***Psychological Assessment, 3,*** 9-18.

McCauley, S. R., Levin, H. S., Vanier, M., Mazaux, J. M., Boake, C., Goldfader, P. R., Rockers, D., Butters, M., Kareken, D. A., Lambertj, C. y Clifton, G. L. (2001). The neurobehavioural rating scale-revised sensitivity and validity in closed head injury assessment. ***Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 71,*** 643-651.

McClellan, J. M., Werry, J. S. y Ham, M. (1993). A follow-up study of early onset psychosis: Comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. ***Journal of Autism and Developmental Disorders, 23,*** 243-262.

McCrae, R. R. (1994). Psychopathology from the perspective of the five factor model. En S. Strack y M. Lorr (dirs.), ***Differentiating normal and abnormal personality.*** Nueva York: Springer.

McDougle, C. J., Epperson, C. N., Pelton, G. H., Wasylink, S. y Price L. H. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. ***Archives of General Psychiatry, 57,*** 794-801.

McGlynn, S. M. y Schacter, D. L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. ***Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 11,*** 143-205.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). ***Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés.*** Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1981).

McMullin, R. E. y Giles, T. (1981). ***Cognitive-behavior therapy. A restructuring approach.*** Nueva York: Grune *&* Stratton.

Meissner, W. W. (1995). Paranoid personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders*** (2.ª ed.). Washington: American Psychiatric Press.

Meehl, P. E. (1954). ***Clinical versus statistical prediction.*** Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

— (1962). Schizoataxia, schizotypy, schizophrenia. ***American Psychologist, 17,*** 827-838.

— (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,*** 806-834.

— (1990). Toward an integrated theory of schizoataxia, schizotypy, and schizophrenia. ***Journal of Personality, 60,*** 117-174.

Meichenbaum, D. (198*7*). ***Manual de inoculación de estrés.*** Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1985).

Mellings, T. M. B. y Alden, L. E. (1997). ***Social anxiety and selective processing for social information.*** Manuscript in progress.

Mellman, T. A., Leverich, G. S., Hauser, P, Kramlinger, K., Post, R. M. y Uhde, T. W. (1992). Axis II pathology in panic and affective disorders: Relationship to diagnosis, course of illness, and treatment response. ***Journal of Personality Disorders, 6,*** 53-63.

Melloy, J. R. (1995). Antisocial personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders*** (2.ª edición). Washington: American Psychiatric Press.

Mendelsohn, G. A., Dakof, G. A. y Skaff, M. (1995). Personality change in Parkinsons disease patients: chronic disease and aging. ***Journal of Personality, 63,*** 233-257.

Menninger, K. (1930). ***The human mind.*** Nueva York: Alfred Knopf.

Menza, M. A. (2000). The personality associated with Parkinsons disease. ***Current Psychiatry Reports, 2,*** 421-426.

Menza, M. A., Golbe L. L, Cody, R. A. y Forman, N. E. (1993). Dopamine-related personality traits in Parkinsons disease. ***Neurology, 43,*** 505-508.

Menza, M. y Mark, M. (1994). Parkinsons disease and depresión: The relationship to disability and personality. ***Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 6,*** 165-169.

Menza, M., Mark, M. H, Burn, D. J. y Brooks, D. J. (1995). Personality correlates of [18F] dopa Striatal uptake: results of positron-emission tomography in Parkinsons disease. ***The journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 7,*** 176-179.

Merbaum, M. y Butcher, J. N. (1982). Therapists liking of their psychotherapy patients: Some issues related to severity of disorder and treatability. ***Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19,*** 6-76.

Merikangas, K. R., Weissman, M. H. (1986). Epidemiology of DSM III Axis II personality disorders. En A. Frances y R. E. Hales (dirs.), ***APA Annual Review, vol. 5*** (Psychiatric Update) (pp. 258-278). Washington DC: American Psychiatry Press.

Mersch, P. P. A., Jansen, M. A. y Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: Severity of complaint and treatment effectiveness. ***Journal of Personality Disorders, 9,*** 143-159.

Meyer, R. (1993). ***The clinicians handbook: Integrated diagnostics, assessment and intervention in adult and adolescent psychotherapy.*** Boston: Allyn & Bacon.

Meyer, V. y Turkat, I. D. (1979). Behavioural analysis of clinical ***cases. Journal of Behavioural Assessment, 1,*** 29-269.

Mezzich, J. E. (1990). Patterns of psychiatric comorbidity on a large population presenting for care. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (dirs.), ***Comorbidity of mood and anxiety disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Micheli, F. E. (1998). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. En F. E. Micheli (dir.), ***Enfermedad de Parkinson y otros trastornos relacionados.*** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Miller, R. J., Zadolinnyj, K. y Hafner, R. J. (1993). Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. ***American Journal of Psychiatry, 150,*** 1368-1373.

Millon, T. (1969). ***Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptative learning and functioning.*** Filadelfia, PA: Saunders.

__ (1977). ***Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI).*** Minneapolis, MN: National Computer Systems.

__ (1981). ***Disorders of personality DSM III: Axis II.*** Nueva York: Wiley-Interscience.

__ (1983a). ***Theories of personality and psychopatology.*** Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

__ (1983b). The DSM-III: An insiders view. ***American Pssychologist, 38,*** 804-814.

__ (1983c). ***Millon Clinical Multiaxial Inventory manual.*** Minneapolis, MN: National Computer Systems.

__ (1984). On the renaissance of personality assessment and personality theory. ***Journal of Personality Assessment, 48,*** 450-466.

__ (1985). ***Personality and its disorders: a biosocial learning approach.*** Nueva York: Wiley

__ (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. Klerman (dirs.), ***Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*** Nueva York: Guilford.

— (1987a). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. ***Journal of Personality Disorders, 1,*** 354-372.
— (1987b). ***Manual for de MCMI-II*** (2.ª ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
— (1988). ***Toward a clinical personology: Integrating personality theory, assessment and therapy.*** Henry A. Murray Lecture, Michigan State University.
— (1990). ***Toward a new personology: An evolutionary model.*** Nueva York: Wiley-Interscience.
— (1993). Negativistic (passive-aggressive) personality disorder. ***Journal of Personality Disorders, 7,*** 78-85.
— (1999). ***Personality-guided therapy.*** Nueva York: Guilford.
Millon, T, Davis, R. y Millon, C. (1994). ***Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-Ill (MCM-IIII).*** Minneapolis, MN: National Computer Systems.
Millon, T. y Davis, R. D. (1996). ***Disorders of personality: DSM-IV and beyond.*** Nueva York: Wiley.
— (1997). The Millon inventories: Present and future directions. En T. Millon (dir), ***The Millon inventories. Clinical and personality assessment.*** Nueva York: Guilford.
— (1998). ***Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV.*** Barcelona: Masson. (Org.: 1996).
— (2000). ***Personality disorders in modem life.*** Nueva York: Wiley.
— (2001). ***Trastornos de la personalidad en la vida moderna.*** Barcelona: Masson. (Orig.: 2000).
Millon, T. y Escovar, L. A. (1996a). La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos,*** vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
— (1996b). El trastorno de la personalidad por evitación. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos,*** vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
Millon, T. y Everly, G. S. (1985). ***Personality and its disorders.*** Nueva York: Wiley.
— (1994). ***La personalidad y sus trastornos.*** Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1985).
Millon, T. y Martínez, A. (1991). Avoidant personality disorder. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 353-362.
Millon, T., Meagher, S. E. y Grossman, S. D. (2001). Theoretical perspectives. En W. J. Livesley (dir.), ***Handbook of personality disorders.*** Nueva York: Guilford.
Millon, T. y Tringone, R. (1989). [Co-occurrence and diagnostic efficiency statistics]. Datos sin publican
Millon, T, Weiss, L., Millón, C. y Davis, R. (1994). ***The Millón Index of Personality Styles manual.*** San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
Mintz, R. S. (1968). Psychotherapy of the suicidal patient. En H. L. P. Resnik (dir.), ***Suicidal behaviors: Diagnosis and management*** (pp. 271-296). Boston, MA: Little Brown.
Mischel, W. (1968). ***Personality and assessment.*** Nueva York: Wiley.
Monjas, I. y Caballo, V. E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), ***Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos*** (pp. 271-297). Madrid: Pirámide.
Montgomery, S. A. (1987). The psychopharmacology of borderline personality disorders. ***Acta Psychiatrica Belga, 87,*** 260-266.
Montgomery, S. A. y Montgomery, D. (1982). Pharmacological prevention of suicidal behaviour. ***Journal of Affective Disorders, 4,*** 291-298.
More, B. E. y Fine, B. D. (1968). ***A glossary of psychoanalytic terms and concepts*** (2.ª ed.). Nueva York: American Psychoanalytic Association.
Morey, L. C. (1986). A comparison of three personality disorder assessment approaches to classification of personality disorders. ***Psychiatry, 48,*** 358-364.

__ (1988a). A psychometric analysis of the DSM-III personality disorder criteria. ***Journal of Personality Disorders, 2,*** 109-124.

__ (1988b). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: An examination of convergence, coverage, and internal consistency. ***American Journal of Psychiatry, 145,*** 573-577.

__ (1991). ***Personality Assessment Inventory.*** Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Morey, L. C., Blashfield, R. K,, Webb, W. W. y Jewell, J. (1988). MMPI scales for the DSM-III personality disorders: A preliminary validation study. ***Journal of Clinical Psychology, 44,*** 47-50.

Morey, L. C. y Le Vine, D. J. (1988). A multitrait-multimethod examination of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). ***Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 10,*** 333-344.

Morey, L. C., Waugh, M. H. y Blashfield, R. K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: their derivation and correlates. ***Journal of Personality Assessment, 49,*** 245-251.

Morrell, M. J. y Guldner, G. T. (1996). Self-reported sexual function and sexual arousability in women with epilepsy. ***Epilepsia, 37,*** 1204-1210.

Muñoz, M. (2003). ***Manual práctico de evaluación en psicológica clínica.*** Madrid: Síntesis.

Murphy, G. (1947). ***Personality: A biosocial approach to origins and structures.*** Nueva York: Harper.

Murray. H. A. (dir.) (1938). ***Explorations in personality.*** Nueva York: Oxford University.

Myers, I. B. y McCaulley, M. H. (1985). ***A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator.*** Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Nace, E. R, Davis, C. W. y Gaspari, J. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 118-120.

Nacke, P. (1899). Die sexuellen perversitaten in der irrenansalt. ***Psychiatrie en Neurologie Bladen, 3,*** 14-21.

Narayan, C. (1990). Birth order and narcissism. ***Psychological Reports, 67,*** 1184-1186.

Navarro, J. F. y Espert, R. (1998). Correlatos biológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. ***Psicología Conductual, 6,*** 325-347.

Navarro, J. F. y Cavas, M. (2001). Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de personalidad. ***Psicología Conductual, 9,*** 565-577.

Nedopil, N., Hollweg, M., Hartmann, J. y Jaser, R. (1998). Comorbidity of psychopathy with major mentaldisorders. En D. J.Cooke, A. E. Forth y R. D. Hare (dirs.), ***Psychopathy: Theory, research and implications for society*** (pp. 81-104). Dordrecht: Kluwer.

Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. ***Research in Nursing & Health, 22,*** 285-293.

Nestadt, G., Romanski, A. J., Samuels, J. F,, Folstein, M. F. y McHugh, P. R. (1992). The relationship between personality and DSM-III Axis I disorders in the population: Results from an epidemiological survey. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 1228-1233.

Nestadt, G., Samuels, J. E, Romanowski, A. J., Folstein, M. F. y McHugh, P. R. (1994).Obsessions and compulsions in the community. ***Acta Psychiatrica Scandinavica,89,*** 219-224.

Neville, H. J., Kutas, M,, Chesney, G. y Schmidt, A. (1986). Event-related brain potentials during initial enconding and recognition memory of congruous and incongruous words. ***Journal of Memory and Language, 25,*** 75-92.

Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W, Roth, W. T. y Barr Taylor, C. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? ***Behavior Therapy, 25,*** 503-517.

Newman, J. P. y Wallace, J. F. (1993). Psychopathy and cognition. En K. S. Dobson y P. C. Kendall (dirs.), ***Psychopathology and cognition*** (pp. 294-349). San Diego, CA: Academic Press.

Nigg, J. T. y Hill Goldsmith, H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. ***Psychological Bulletin, 115,*** 346-380.

Nixon, S. J. (1989). Cloninger's tridimensional theory of personality: construct validity in a sample of college students. ***Personality and Individual Differences, 10,*** 1261-1267.

Norden, M. J. (1989). Fluoxetine in borderline personality disorder. ***Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 13,*** 885-894.

Norden, K. A., Klein, D. N., Donaldson, S. K., Pepper, C. M. y Klein, L. M. (1995). Reports of the early home environments in DSM-III-R personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 9,*** 213-223.

Novaco, R. (1975). ***Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment.*** Lexington, MA: D.C. Heath.

Núñez, R. (1996, enero). ***Dificultades en el tratamiento del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.*** Comunicación presentada en las II Jornadas Científico-Profesionales de la Asociación Española de Terapia Cognitivo-Conductual-Social (ASETECCS), Madrid.

— (2001, mayo). ***Dificultades en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.*** VII Congreso Latini Dies, Granada.

O'Brien, M. Y. (1987). Examining the dimensionality of pathological narcissism: Factor analysis and construct validity of the O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory. ***Psychological Reports, 61,*** 499-510.

O'Connor, B. P. y Dyce, J. A. (2001). Personality disorders. En M. Hersen y V. B. Van Hasselt (dirs.), ***Advances abnormal psychology*** (2.ª edición). Nueva York: Kluwer/Plenum.

Oddy, M., Alcott, D., Francis, E. Jenkins, K. y Fowlie, C. (1999). Methods of evaluation in a cognitive-behavioural rehabilitation programme for brain injury: The experience of Ticehurst House and Unsted Park Hospitals. ***Neuropsychological Rehabilitation, 9,*** 373-384.

Oldham, J. M. (1994). Personality disorders: Current perspectives. ***JAMA, 272,*** 1770-1776.

Oldham, J. M. y Morris, L. B. (1995). ***Autorretrato de la personalidad.*** Gerona: Tikal. (Orig.: 1990).

Oldham, J. M. y Skodol, A. E. (1991). Personality disorders in the public sector. ***Hospital and Community Psychiatry, 42,*** 481-487.

Oldham, J. M. y Skodol, A. E. (2000). Charting the future of Axis II. ***Journal of Personality Disorders, 14,*** 17-29.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Rosnick, L. y Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two semistructured interviews: Patterns of comorbidity. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 213-220.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L. y Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. ***American Journal of Psychiatry, 152,*** 571-578.

Onwby, R. L,, Wallbrown, E, Carmin, C. y Barnett, R. W. (1990). A combined factor analysis of the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the MMPI for an offender population. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 15-24.

Oquendo, M. A. y Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. ***Psychiatric Clinics of North America, 23,*** 11-25.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). ***Clasificación internacional de las enfermedades*** (9.ª ed.) (CIE-9). Ginebra: OMS.

— (1992). ***CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.*** Madrid: Meditor.

— (1994). ***Guia de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.*** Madrid: Panamericana.

Othmer, E. y Othmer, S. C. (1996). ***DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos.*** Barcelona: Masson. (Orig.: 1994).

Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatic Rating Scale. ***Psychological Reports, 10,*** 799-812.

Overholser, J. C. (1987). Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 17,*** 250-269.

— (1989). Accurate diagnosis of personality disorders: Some critical factors. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 19,*** 5-23.

— (1990a). Retest reliability of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. ***Journal of Personality Assessment, 55,*** 202-208.

— (1990b). Emotional reliance and social loss: Effects on depressive symptomatology. ***Journal of Personality Assessment, 55,*** 618-629.

— (1991). Categorical assessment of the dependent personality disorder in depressed inpatients. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 243-255.

— (1992). Interpersonal dependency and social loss. ***Personality and Individual Differences, 13, 17-23.***

— (1993a). Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. ***Psychotherapy, 30,*** 67-74.

— (1993b). Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. ***Psychotherapy, 30,*** 75-85.

— (1994). Elements of the Socratic method: III. Universal definitions. ***Psychotherapy, 31,*** 286-293.

— (1995a). Elements of the Socratic method: IV. Disavowal of knowledge. ***Psychotherapy, 32,*** 163-176.

— (1995b). Cognitive-behavioral treatment of depression, Part I: Assessment of depression and suicide risk. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 25,*** 185-204.

— (1995c). Cognitive-behavioral treatment of depression, Part II: Techniques for improving social functioning. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 25,*** 205-222.

— (1995d). Cognitive-behavioral treatment of depression, Part III: Reducing cognitive biases. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 25,*** 311-329.

— (1996a). Cognitive-behavioral treatment of depression: Part V: Enhancing self-esteem and self-control. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 26,*** 163-176.

— (1996b). The dependent personality disorder and interpersonal problems. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 184,*** 8-16.

— (1997). Treatment of excessive interpersonal dependency: A cognitive-behavioral model. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 27,*** 283-301.

— (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento.*** Madrid: Síntesis.

Overholser, J. C. y Fine, M. (1994). Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. ***Journal of Cognitive Psychotherapy, 8,*** 55-70.

Overholser, J. C. y Freiheit, S. (1994). Assessment of interpersonal dependency using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) and the Depressive Experiences Questionnaire. ***Personality and Individual Differences, 17,*** 71-78.

Overholser, J. C., Kabakoff, R. y Norman, W. H. (1989). The assessment of personality characteristics in depressed and dependent psychiatric inpatients. ***Journal of Personality Assessment, 53,***40-50.

Overholser, J. C. y Silverman, E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression, Part VIII. Developing and utilizing the therapeutic relationship. ***Journal of Contemporary Psychotherapy, 28,*** 199-214.

Ownby, R. L,, Wallbrown, F. H., Carmin, C. N. y Barnett, R. W. (1990). A combined factor analysis of the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the MMPI in an offender population. ***Journal of Clinical Psychology, 46,*** 89-96.

Ownsworth, T. L. y Oei, T. P. (1998). Depression after traumatic brain injury: conceptualization and treatment considerations. ***Brain Injury, 12,*** 735-51.

Padilla, A. M. (1995). ***Hispanic psychology: Critical issues in theory and research.*** Newbury Park, CA: Sage.

Paris, J. (1991). Personality disorders, parasuicide and culture. ***Transcultural Psychiatric Research Review, 28,*** 25-39.

— (1993a, septiembre). ***The parameters of abuse in borderline personality disorder.*** Comunicación presentada en el 3rd International Conference of the International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

— (1993b). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome. ***Canadian Journal of Psychiatry, 38,*** 28-34.

— (1996). ***Social factors in the personality disorders: a biopsychosocial approach to etiology and treatment.*** Cambridge, MA: Cambridge University Press.

— (1998). ***Working with traits: psychotherapy of personality disorders.*** Northvale, NJ: Jason Aronson.

— (1999). ***Nature and nurture in psychiatry.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Parsons, B,, Quitkin, F. M,, McGrath, P. J,, Stewart, J. W, Tricamo, E., Ocepek-Welikson, K., Harrison, W, Rabkin, J. G., Wager, S. G. y Nunes, E. (1989). Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical disorder. ***Psychopharmacol Bulletin, 25,*** 524-534.

Partridge, G. E. (1930). Current conceptions of psychopathic personality. ***American Journal of Psychiatry, 10,*** 53-99.

Parvizi, J., Anderson, S. W, Martin, C. O., Damasio, H. y Damasio, A. R. (2001). Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. ***Brain, 124,*** 1708-1719.

Patrick, C. J. (1994). Emotion and psychopathy: Starling new insights. ***Psychophysiology, 31,*** 319-330.

Patrick, C. J., Bradley, M. M. y Lang, P. J. (1993). Emotion and psychopathology: A startle probe analysis. En L. J. Chapman, J. P. Chapman y D. C. Fowles (dirs.). ***Progress in experimental personality and psychopathology research*** (pp. 163-199). Nueva York: Springer.

Patrick, C. J. y Lang, P. J. (1993). Psychopathic trait and intoxicated states: Affective concomitants and conceptual links. En M. E. Dawson, A. M. Schell y A. H. Böhmelt (dirs.), ***Startle modification: Implications for neuroscience, cognitive science and clinical science.*** Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Patrick, C. J., Zempolich, K. A. y Levenston, G. K. (1997). Emotionality and violent behavior in psychopaths: A biosocial analysis. En A. Raine, P. A. Brennan, D. P. Farrington y S. A. Mednick (dirs.), ***Biosocial bases of violence.*** Nueva York: Plenum.

Pelechano, V., De Miguel, A. y Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (dirs.), ***Manual de psicopatología.*** Madrid: MacGraw-Hill.

Pelegrin, C. (1995). ***Adaptación española de la Iowa Collateral Head Injury Interview.*** Tesis Doctoral.

Pelegrin, C. y Tirapu, J. (1995). Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. ***Monografías de Psiquiatría, 6,*** 11-21.

Pelegrin, C., Martín, M. y Tirapu, J. (1995). La escala NRS: La versión española de la neurobehavioral rating scale. ***Anales de Psiquiatría, 3,*** 88-98.

Pelosi, A. J. y McKee, I. (1999). Subspecialist psychiatrists are sometimes selective about whom they will treat. ***British Medical Journal, 319,*** 1577.

Pepper, C. M., Klein, D. N,, Anderson, R. L., Riso, L. E, Ouimette, P. C. y Lizardi, H. (1995). DSM-III-R Axis II comorbility in dysthymia and major depression. ***American Journal of Psychiatry, 152,*** 239-247.

Pérez Urdaniz, A. y Rubio Larrosa, V. (1996). ***IPDE, Examen internacional de los trastornos de la personalidad.*** Madrid: Meditor.

Perry, J. C. (1982). ***The Borderline Personality Disorder Scale (BPD-scale).*** Cambridge, MA: Cambridge Hospital.

__ (1990). Challenges in validating personality disorders: Beyond description. ***Journal of Personality Disorders, 4,*** 273-289.

__ (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 1645-1653.

— (1995). Dependent personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Association.

Perry, J. C. y Flannery, R. B. (1982). Passive-aggressive personality disorder: treatment implications of a clinical typology. ***The Journal of Nervous and Mental Disease, 170,*** 164-173.

— (1989). Behavior therapy. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Association.

Perry, J. C. y Herman, G. L. (1978). The borderline patient. ***Archives of General Psychiatry, 35, 141-150.***

Perry, J. C. y Vaillant, G. E. (1989). Personality disorders. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (dirs.), ***Comprehensive textbook of psychiatry, vol. 2*** (5.ª ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Perry, J. C., Banon, E. e Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 156,*** 1312-1321.

Peters, L. G. (1988). Borderline Personality disorder and the possession syndrome: An ethnopsychoanalytic perspective. ***Transcultural Psychiatric Research Review, 25,*** 5-46.

Pfohl, B. y Blum, N. (1991). Obsessive-compulsive personality disorders: A review of available data and recommendations for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 363-375.

Pfohl, B., Blum, N. y Zimmerman, M. (1997). ***Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV).*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Pfohl, B., Stangl, D. y Zimmerman, M. (1983). ***Structured interview for DSM-III personality disorders SIDP.*** Unpublished manual, University of Iowa, College of Medicine, Iowa City.

— (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patients with mayor depression. ***Journal of Affective Disorders,*** 7, 309-318.

Phares, E. J. (1988). ***Introduction to personality*** (2.ª edición). Glenview, II: Scott, Foresman and Co.

Phares, E. y Erskine, N. (1984). The measurement of the Selfism. ***Educational and Psychological Measurement, 44,*** 597-608.

Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. y Smith, L. E. (1990). A review of the depresive personality. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 830-837.

Phillips, K. A., Hirschfeld, R. M. A., Shea, M. T. y Gunderson, J. G. (1993). Depressive personality disorder: Perspectives for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders,*** 7, 30-42.

Phillips, K. A. y McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. ***Comprehensive Psychiatry. 41,*** 229-236.

Pilgrim, A. E. y Mann, A. (1990). Use of the ICD-10 version of the Standardized Assessment of Personality to determine the prevalence of personality disorder in psychiatric in-patinets. ***Psychological Medecine, 20,*** 985-992.

Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M. y Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. ***Journal of Personality Disorders, 10,*** 355-369.

Pinel, P. (1801 ***).Traite medico-philosophique sur l´alienation mentale.*** Paris: Richard, Caillet Ravier.

— (1806). ***A treatise on insanity.*** Nueva York: Hafner.

Pinto, O. C. y Akiskal, H. S. (1998). Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. ***Journal of Affective Disorders, 51,*** 333-343.

Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment outcome. En W. J. Livesley (dir.), ***Handbook of personality disorders*** (pp. 323-343). Nueva York: Guilford.

Pitt, B. (1991). Depression in the General Hospital setting. ***International Journal of Geriatric Psychiatry, 6,*** 363-370.

Plakun, E., Muller, J. P. y Burkhardt, P. E. (1987). The significance of borderline and schizotypal overlap. ***Journal of Clinical Psychiatry, 9,*** 47-54.

Pope, K. S., Butcher, J. N., y Seelen, J. (1993). ***The MMPI, MMPI-2 and MMPI-A in court.*** Washington: American Psychological Association.

Pope, H. G., Jonas, J. M. y Hudson, J. I. (1983). The Validity of DSM-III borderline Personality disorder. ***Archives of General Psychiatry, 40, 23-30.***

Preston, J. D. (1997). ***Shorter term treatments for borderline personality disorders.*** Oakland, CA: New Harbinger.

Pretzer, J. L. y Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. En J. E Clarkin y M. E Lenzzenweger (dir.), ***Major theories of personality disorders.*** Nueva York: Guilford.

Price, B. H., Daffner, K. R., Store, R. M. y Mesulam, M. M. (1990). The behavioral learning disabilities of early lobe damage. ***Brain, 113,*** 1383-1393.

Prigatano, G. P. (1986). Personality and psychosocial consequences of brain injury. En G. P. Prigatano (dir.), ***Neuropsychological rehabilitation after brain injury*** (pp. 29-50). Baltimore: John Hopkins University Press.

— (1987). Neuropsychological deficit, personality variables and outcomes. En M. Yluisaker y E. M. Gobble (dirs.), ***Community re-entry for head injury adults*** (pp. 1-23). Boston: College Hill Press.

— (1992). Personality disturbances associated with traumatic brain injury. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,*** 360-8.

— (1999). ***Principles of neuropsychological rehabilitation.*** Nueva York: Oxford University Press.

Prigatano, G. P. y Altman, I. M. (1991). Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. ***Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 71,*** 1058-64.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.). ***Progress in behavior modification.*** Newbury Park, CA: Sage.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. ***American Psychologist, 47,*** 1102-1114.

Prout, M. E y Platt, J. J. (1983). The development and maintenance of passive-aggressiveness: the behavioral approach. En R. D. Parsons y R. J. Wicks (dirs.), ***Passive-agressiveness theory and practice.*** Nueva York: Brunner/Mazel.

Quiroga Romero, E. (2001). El resentimiento en los trastornos de la personalidad. ***Psicología Conductual, 9,*** 489-512.

Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. ***Psicothema, 13,*** 393-406.

Rado, S. (1956). ***Psychoanalysis of behavior.*** Nueva York: Grune & Stratton.

Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. ***Schizophrenia Bulletin, 17,*** 555-564.

— (1993). Features of borderline personality and violence. ***Journal of Clinical Psychology, 49,*** 277-281.

Raine, A., Brennan, P., Farrington, D. P. y Mednick, S. A. (1997). ***Biosocial bases of violence.*** Nueva York: Plenum.

Raine, A., Buchsbaum, M. S. y La Casse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. ***Biological Psychiatry, 42,*** 495-508.

Raine, A., Meloy J. R., Bihrle, S., Stoddard, J., Lacasse, L. y Buchsbaum, M. S. (1998). Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. ***Behavioral Sciences and the Law, 16,*** 319-332.

Raine, A., Lencz, T, Bihrle, S., Lacasse, L. y Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. ***Archives of General Psychiatry, 57,*** 119-127.

Raine, A., Park, S., Lencz, T, Bihrle, S., Lacasse, L., Widom, C. S., Al-Dayeh, L. y Singh, M. (en prensa). Reduced right hemisphere activation in severely abused violent offenders during a working memory task as indicated by fMRI. ***Aggressive Behavior.***

Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 728-731.

Rapee, R. M. y Melville, L. F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. ***Depression and Anxiety, 5,*** 7-11.

Rapoport, M., McCauley, S., Levin, H., Song, J. y Feinstein, A. (2002). The role of injury severity in neurobehavioral outcome 3 months after traumatic brain injury. ***Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology, 15,*** 123-132.

Raskin, R. N. y Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. ***Psychological Reports, 45,*** 590.

— (1981). Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity. ***Journal of Personality Assessment, 45,*** 159-162.

Raskin, R. y Novacek, J. (1989). An MMPI description of the narcissistic personality. ***Journal of Personality Assessment, 53,*** 66-80.

Raskin, R. y Terry, H. (1988). A principal components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its constructs validity. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 54, 890-902.

Reich, J. (1987). Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients. ***American Journal of Psychiatry, 144,*** 181-187.

— (1989). Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. ***International Journal of Psychiatry in Medicine, 19,*** 1-9.

— (1990). Familiarity of DSM-III self-defeating personality disorder. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 178,*** 597-598.

— (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. ***European Psychiatry, 15,*** 151-159.

Reich, J. y Noyes, R. (1986). Historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders: Comment . ***American Journal of Psychiatry, 143,*** 1062.

Reich, J., Noyes, R., Coryell, W. y O'Gorman, T. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. ***American Journal of Psychiatry, 143,*** 760-763.

Reich, J., Noyes, R., Jr. y Yates, W. (1989a). Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. ***Journal of Clinical Psychiatry, 50,*** 91-95.

Reich, J. y Troughton, E. (1988). Comparison of DSM-III personality disorders in recovered depressed and panic disorder patients. ***Journal of Nervous and Mental Disease, 176,*** 300-304.

Reich, J. H., Yates, W. y Nduaguba, M. (1989b). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. ***Social Psychiatry, 24,*** 12-16.

Reich, W. (1925). ***Der triebhafie charakter.*** Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

— (1961***). Análisis del carácter.*** Buenos Aires: Paidós. (Orig. 1933).

Reid, W. H. (1989). ***The treatment of psychiatric disorders.*** Nueva York: Brunner/Mazel.

Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D. y Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. ***Behavior Therapy, 21,*** 363-377.

Ricciardi, J. N., Baer, L., Jenike, M. A., Fischer, S. C., Shotz, D. y Buttolph, M. L. (1992). Changes in DSM-III-R Axis II diagnoses following treatment of obessesive-compulsive disorder. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 829-831.

Rice, P. L. (1998). El afrontamiento del estrés: Estrategias cognitivo-conductuales. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2*** (pp. 323-358). Madrid: Siglo XXI.

Rice, M., Harris, G. y Cormier, C. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psycopaths and other mentally disordered offenders. ***Law and Human Behavior, 16,*** 399-412.

Richman, J. A. y Flaherty, J. A. (1987). ***Narcissistic Trait Scale (NTS).*** Chicago, IL: University of Illinois, Departamento de Psiquiatría.

Robins, L. (1966). ***Deviant children grown up. Baltimore:*** Williams & Wilkins.

Robinson, D. J. (1999). ***Field guide to personality disorders.*** Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.

Rodríguez, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. ***Clínica y Salud, 2,*** 161-173.

Rogers, R. D,, Everitt, B. J., Baldacchino, A., Blackshaw, A. J., Swainson, R., Wynne, K., Baker, N. B., Hunter, J., Carthy, T, Booker, E., London, M., Deakin, J. F. W, Sahakian, B. J. y Robbins, T. W. (1999). Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic anphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms. ***Neuropsychopharmacology.*** 20: 322-339.

Romero, E. (1996). ***La predicción de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad.*** Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.

Ronningstam, E. (1993). Co-occurrence of axis I diagnosis in two samples of NPD patients at McLean Hospital. Datos sin publican

— (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. ***Harvard Review of Psychiatry, 3,*** 326-340.

— (1999). Narcissistic personality disorder. En T. Millon, P. H. Blaney y R. D. Davis (dirs.), ***Oxford textbook of Psychopathology*** (pp. 674-693). Nueva York: Oxford University.

Ronningstam, E., Gunderson, J. y Lyons, M. (1995). Changes of pathological narcissism. ***American Journal of Psychiatry, 152,*** 253-257.

Rosenbaum, R. L., Horowitz, M. J. y Wilner, N. (1986). Clinician assessments of patient difficulty. ***Psychotherapy, 14,*** 278-282.

Rosenberg, M. (1965). ***Society and the adolescent self-image.*** Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenthal, D., Wender, R, Kety, S., Schulsinger, F., Weiner, J. y Ostergaard, L. (1968). Schizophrenics offspring reared in adopted homes. En D. Rosenthal y S. Kety (dirs.), Transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon.

Roth, A. y Fonagy, P. (1996). ***What works for whom? A critical review of psychotherapy research.*** Nueva York: Guilford.

Rousanville, B. J., Weissman, M. W, Wilber, C. H. y Kleeber, H. D. (1982). Pathways to opiate addiction: An evaluation of differing antecedents. ***British Journal of Psychiatric, 141,*** 437-466.

Ruegg, R. y Frances, A. (1995). New research in personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 9,*** 1-48.

Rugg, M. D. (1987). Dissociation of semantic priming, word and nonword repetition effects by event-related potentials. ***Quarterly Journal of Experimental Psychology, 39,*** 1161-1178.

Rust, J. (1988). The Rust Inventory of Schizotypal Cognitions (RISC). ***Schizofrenia Bulletin, 14,*** 317-322.

Rushton, J. P. (1985). Differential K. theory: The sociobiology of individual and group differences. ***Personality and Individual Differences, 6,*** 441-452.

Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorder. ***British Journal of Psychiatry, 150,*** 443-348.

Ryle, A. y Kerr, I. B. (2001). ***Introduction to Cognitive-Analytic Therapy: principles and practice.*** Nueva York: Wiley.

Salzman, C. (1993, septiembre). ***Fluoxetine in borderline personality disorder.*** Conunicación presentada en el 3rd International Conference of the International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

Salzman, C., Wolfson, A. N., Schatzberg, A., Looper, J., Henke, R., Albanese, M., Schwartz, J. y Miyawaki, E. (1995). Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. ***Journal of Clinical Psychopharmacology, 15,*** 23-29.

Sánchez, E. (2001). Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de adictos a opiáceos en tratamiento. ***Revista de Psicología General Aplicada, 54,*** 95-102.

Sánchez López, M. P. y Aparicio, M. E. (1998). Inventario Millon de Estilos de personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. ***Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 4,*** 87-110.

San Narciso, G., Carreño, J., Pérez, S., Alvarez, C., González, M. y Bobes, J. (1998). Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPD en una muestra de pacientes heroinómanos en tratamiento con naltrexona. ***Adicciones, 10,*** 7-21.

Sands, I. (1942). The type of personality susceptible to Parkinsons Disease. ***Mount Sinai Journal of Medicine, 9,*** 792-794.

Sansone, R. A., Wiederman, M. W. y Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI). Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder.***Journal of Clinical Psychology, 54,*** 973-983.

Santiago López, S. (2001). Programa de intervención para mejorar la estabilidad emocional. ***Clínica y Salud, 12,*** 367-390.

— (2004). Terapia icónica para la inestabilidad emocional (Ico-Estemo). En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento.*** Madrid: Síntesis.

— (en prensa). ***Guía práctica: Terapia Icónica para la Estabilización Emocional (ICO-Estemo).***

Schatzberg, A. F. (2000). New indications for antidepressants. ***Journal of Clinical Psychiatry, 61 Suppl. 11,*** 9-17.

Schill, T. (1990). A measure of self-defeating personality. ***Psychological Reports, 66,*** 1343-1346.

Schmitz, B., Moriarty, J., Costa, D. C., Ring, H. A., Ell, P. J. y Trimble, M. R. (1997). Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interaction between de-

pression, obsessionality, and perfusion related to the laterality of the epilepsy. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 62,*** 458-463.

Schneider, K. (1923). ***Psychopathic personalities.*** Londres: Cassell.

— (1950). ***Psychopatic personalities*** (9.ª ed.). Londres: Cassell.

— (1959). ***Clinical psychopatology.*** Londres: Gruñe & Stratton.

Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. ***Behaviour Research and Therapy, 31,*** 667-681.

— (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling. ***Behavior Modification, 20,*** 338-356.

Schotte, C., De Doncker, D., Maes, M., Cluydts, R. y Cosyns, P. (1993). MMPI assessment of DSM-III-R histrionic personality disorder. ***Journal of Personality Assessment, 60,*** 500-510.

Scott, E. M. (1989). Hypnosis: Emotions from the tin man (the schizoid personality). ***American Journal of Clinical Hypnosis, 32,*** 204-208.

Schulz, S. C., Camlin, K. L., Berry, S. A. y Jesberger, J. A. (1999). Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. ***Biological Psychiatry, 46,*** 1429-1435.

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self schema: Construct in cognitive models of depression. ***Psychological Bulletin, 103,*** 147-162.

Seivewright, N. y Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: A review. ***Drug and Alcohol Review, 16,*** 235-250.

Selzer, J. (1992). Fluoxetine, suicidal ideation, and aggressive behavior. ***American Journal of Psychiatry, 149,*** 708-709.

Serban, G. y Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. ***American Journal of Psychiatry, 141,*** 1455-1458.

Shapiro, M. B. (1957). Experimental method in the psychological description of the individual psychiatric patient. ***International Journal of Social Psychiatry, 3,*** 89-103.

Shaver, P. R. y Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment. Theory and evidence. En D. Perlman y W. H. Jones (dirs.), ***Advances in Personality Relationships*** (vol. 4). Londres: Jessica Kingsley.

Shea, M. T. (1992). Some characteristics of the axis II criteria sets and their implications for assessment of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 6,*** 377-381.

Shea, M. T, Pilkonis, R, Beckham, E., Collins, J., Elkin, L, Sotsky, S. y Docherty, J. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 711-718.

Shea, M. T, Widiger, T. y Klein, M. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,*** 857-868.

Shear, M. K. (1991). Panic disorder. En B. D. Beitman y G. L. Klerman (dirs.). ***Integrating pharmacotherapy and psychotherapy.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sheard, M. H., Marini, J. L. y Bridges, C. I. (1976). The effect of lithium on unipolar agressive behaviour in man. ***American Journal of Psychiatry, 133,*** 1409-1413.

Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 324-1328.

Sheldon, W. H. (1940). ***The varieties of human physique. An introduction to constitutional psychology.*** Nueva York: Harper.

Sherer, M., Bergloff, R, Boake, C., High, W. Jr. y Levin, E. (1998). The Awareness Questionnaire: factor structure and internal consistency. ***Brain Injury, 12,*** 63-8.

Sherer, M., Boake, C., Levin, E. y Silver, B. V. (1995). Assessing awareness of deficits following acquired brain injury : The Awareness Questionnaire. ***Journal of the International Neuropsychological Society, 1,*** 163.

Sifneos, P. E. (1967). Two different kinds of psychotherapy of short duration. ***American Journal of Psychiatry, 123,*** 1069-1074.

— (1968). Learning to solve emotional problems: A controlled study of short-term anxiety-provoking psychotherapy. En R. Porter (dir.), ***The role of learning in psychotherapy.*** Boston: Little, Brown.

— (1972). ***Short-term psychotherapy and emotional crisis.*** Cambridge, MA: Harvard University.

Siever, L., Bernstein, D. y Silverman, J. (1991). Schizotypal personality disorder: A review of its current status. ***Journal of Personality Disorders, 5,*** 178-193.

— (1995). Schizotypal personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders*** (pp. 71-90). Nueva York: Guilford.

Siever, L. J. y Davis, K. L. (1991). A psychobiologic perspective on the personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 48,*** 1647-1658.

Siever, L. J., Klar, H. y Coccaro, E. (1985). Biological response styles: Clinic implications. En L. J. Siever y H. Klar (dirs.), ***Psychobiological substrates personality*** (pp. 38-66). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Silk, R. (1993, septiembre). ***Severity of sexual abuse and borderline symptoms.*** Comunicación presentada en el 3rd International Conference of the International Society for the Study of Personality Disorders, Cambridge, MA.

— (1998). ***Biology of personality disorders.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Simon, H. A. (1975). The funcional equivalente of problem solving skill. ***Cognitive Psychology, 7,*** 268-288.

Singer, J. L., Sincoff, J. B. y Kolligian, J. Jr. (1989). Countertransference and cognition: Studying the psychotherapist distortions as consequences of normal information processing. ***Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 26,*** 344-355.

Skinner, H. A. (1986). Construct validation approach to psychiatric classification. En T. Millon y G. L. Herman (dirs.), ***Contemporary directions in psychopathology: Towards the DSM-IV.*** Nueva York: Guilford.

Skodol, A. (1993, septiembre). ***Fears and inhibitions: A study of anxiety and personality disorder comorbidity.*** Comunicación presentada en el Third International Conference of the International Society for the Study of the Personality Disorders, Cambridge, MA.

Skodol, A. E., Oldham, J. M. y Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 156,*** 733-738.

Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E. y López, A. E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. ***Journal of Psychiatric Research, 29,*** 361-374.

Small, I., Small, J., Alig, V. y Moore, D. (1970). Passive-aggressive personality disorder: A search for a syndrome. ***American Journal of Psychiatry, 126,*** 973-981.

Smith, D., Carroll, J. y Fuller, G. (1988). The relationship between the MCMI and MMPI in a private outpatient mental health clinic population. ***Journal of Clinical Psychology, 44,*** 165-174.

Smith, S. S. y Newman, J. P. (1990). Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and non psychopathic criminal offenders. ***Journal of Abnormal Psychology, 99,*** 430-439.

Smith, T. L., Klein, M. H. y Benjamin, L. S. (2003). Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. ***Journal of Personality Disorders, 17,*** 173-187.

Sobell, L. C., Toneatto, T. y Sobell, M. B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tabacco, and other drug problems: Current states with an emphasis on clinical applications. ***Behavior Therapy, 25,*** 533-580.

Soldz, S. (1993). Diagnostic agreement between the Personality Disorder Examination and the MCMI-II. ***Journal of Personality Assessment, 60,*** 486-499.

Solé, A., Guerra, D., Camí, J. y Tobeña, A. (1984). ***Estudio de la personalidad, rendimiento neuropsicológico sintomatología psiquiátrica asociada a heroinómanos.*** Dirección General de Acción Social y Asamblea de Madrid de Cruz Roja Española. Hospital del Mar. Barcelona.

Soloff, P. (1990). What's new in personality disorders?: An update on pharmacologic treatment. ***Journal of Personality Disorders, 4,*** 233-243.

— (1991a). Platelet MAO in borderline personality disorder. ***Biological Psychiatry, 29,*** 499-502.

— (1991b). Borderline disorders. En A. J. M. D. Gelenberg, E. L. M. D. Bassuky S. C. Schoonover (dirs.), ***The practitioner's guide to psychoactive drugs*** (pp. 457-472). Nueva York: Plenum Medical.

— (1993). Pharmacological therapies in borderline personality disorders. En J. Paris (dir.), ***Borderline personality disorder. Etiology and treatment*** (pp. 319-348). Washington, DC: American Psychiatric Press.

— (1997). Special feature: Psychobiologic perspectives on the treatment of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders 11,*** 336-344.

— (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. ***Psychiatric Clinics of North America, 23,*** 169-92.

Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Nathan, S., Perel, J. M. y Ulrich, R. F. (1993). Efficacy of phelnelzine and haloperidol in borderline personality disorders. ***Archives of General Psychiatry, 50,*** 377-385.

Soloff, P. H., George, A., Nathan, R., Schultz, P. M. y Perel, J. M. (1986a). Paradoxical effects of amitriptyline in borderline patients. ***American Journal of Psychiatry, 143,*** 1603-1605.

Soloff P. H., George, A., Nathan, R. S., Schulz, P. M., Ulrich, R. F. y Perel, J. M. (1986b). Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: A double-blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo. ***Archives of General Psychiatry, 43,*** 691-697.

Soloff P. H., George, A., Nathan, R. S., Schulz, P. M., Cornelius, J. R., Herring, J. y Perel, J. M. (1989). Amitryptiline vs haloperidol in borderline: Final outcomes and predictors of response. ***Journal of Clinical Psychopharmacology, 9,*** 238-246.

Soloff P. H., Lis, J. A. y Kelly, T. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 151,*** 1316-1323.

Soloff P. H., Lis, J. A., Kelly, T, Cornelius, J. y Ulrich, R. (2000). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 156,*** 181-189.

Solomon, R. (1982). Validity of the MMPI Narcissistic Personality Disorder Scale. ***Psychological Reports, 50,*** 463-466.

Sperry, L. (1995). ***Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV personality disorders.*** Levittown, PA: Brunner & Mazel.

— (1999). ***Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders.*** Philadelphia, PA: Brunner & Mazel.

Spielberger, C. D. (1970). ***STAI manual.*** Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Spitzer, R., Endicott, J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. ***Archives of General Psychiatry, 36,*** 17-24.

Spitzer, R. L., Fiester, S., Gay, M. y Pfohl, B. (1991). Is sadistic personality disorder a valid diagnosis?: The results of a survey of forensic psychiatrists. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 875-879.

Spitzer, R. L. y Forman, J. B. W. (1979). DSM-III field trials: III. Initial interrater diagnostic reliability. ***American Journal of Psychiatry 136,*** 815-817.

Spitzer, R. y Williams, J. (1985). ***Structured Clinical interview for DSM-III-R Personality disorders (SCID-II).*** Nueva York: Biometrics Research Department, Nueva York State Psychiatric Institute.

Spitzer, R. L., Williams, J., Gibbons, M. y First, M. B. (1990). ***SCID user's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R.*** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kass, F. y Davies, M. (1989). National field trial of the diagnostic criteria for self-defeating personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 146,*** 1561-1567.

Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. y Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. ***Archives of General Psychiatry, 42,*** 591-596.

Starkstein, S. E., y Lischinsky, A. (2002). The phenomenology of depression after brain injury. ***NeuroRehabilitation, 17,*** 105-113.

Stein, G. (1992). Drug treatment of the personality disorders. ***British Journal of Psychiatry, 161,*** 167-184.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. ***Psychoanalytic Quarterly, 7,*** 467-489.

Stern, J. (1996). A cognitive appraisal approach to parent training with affect-driven parents. ***Psychotherapy, 33,*** 77-84.

Stone, M. H. (1980). ***The borderline syndromes: constitution, personality and adaption.*** Nueva York: McGraw-Hill.

— (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. ***Schizophrenia Bulletin, 11,*** 576-589.

— (1990). ***The fate of borderline patients.*** Nueva York: Guilford.

— (1990a). Personal reflections - borderline personality disorder - contemporary issues in nosology, etiology, and treatment. ***Psychiatry Annals, 20,*** 8-12.

— (1990b). Treatment of borderline patients: A pragmatic approach. ***Psychiatric Clinics of North America, 13,*** 265-285.

Stopa, L. y Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 31,*** 255-267.

Strack, S. (1991). ***Manual for the Personality Adjective Check List (PACL).*** South Pasadena, CA: 21st Century Assessment.

Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallee, Y. y Elie, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life setting. ***Canadian Journal of Psychiatry, 39,*** 377-383.

Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. ***Archives of General Psychiatry, 39,*** 1378-1385.

Streiner, D. L. y Miller, H. R. (1988). Validity of MMPI scales for DSM-III personality disorders: What are the measuring? ***Journal of Personality Disorders, 2,*** 238-242.

Stuart, S., Phohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. y Cadoret, R. (1998). The co-ocurrence of DSM-III-R personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 12,*** 302-315.

Suinn, R. y Deffenbacher, J. (1988). Anxiety Management Training. ***The Counseling Psychologist, 16,*** 31-49.

Suinn, R. y Richardson, F. (1971). Anxiety Management Training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. ***Behavior Therapy, 2,*** 498-510.

Sutherland, S. (1996). ***Irracionalidad. El enemigo interior.*** Madrid: Alianza.

Sutherland, S. M. y Frances, A. (1995). Avoidant personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), ***Treatments of psychiatric disorders*** (2ª ed.). Washington: American Psychiatric Press.

Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Colket, J. T. y Davidson, J. R. T. (1996). A 2-year follow-up of social phobia: Status after a brief medication trial. ***The Journal of Nervous and Mental Disease, 184***,731-738.

Swanson, S. J., Rao, S. M., Grafman, J., Salazar, A. M. y Kraft, J. (1995). The relationship between seizure subtype and interictal personality. Results from the Vietnam Head Injury Study. ***Brain, 118,*** 91-103.

Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A. y Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. ***Psychiatric Quarterly, 72,*** 307-324.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. ***Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 27,*** 1-9.

Teasdale, T. W, Christensen, A. L., Willmes, K,, Deloche, G., Braga, L, Stachowiak, E, Vendrell, J. M., Castro-Caldas, A., Laaksonen, R. K. y Leclercq, M. (1997). Subjective experience in brain-injured patients and their close relatives: a European Brain Injury Questionnaire study. ***Brain Injury, 11,*** 543-63.

Teicher, M. PL, Glod, C. y Cole, J. O. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 207-210.

Tejero, A. y Casas, M. (1992). Trastornos de personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínicas asistenciales. En M. Casas (dir.), ***Trastornos psíquicos en toxicomanías*** (pp. 123-177). Barcelona: Citran.

Tellegen, A. (1982). ***Brief mannual for the Multidimensional Personality Questionnaire.*** University of Minnesota. Department of Psychology, Minneapolis.

Thompson, L. W, Gallagher, D. y Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of later life depression. ***Journal of Geriatric Psychiatry 21,*** 133-153.

Thompson-Pope, S. K. y Turkat, I. D. (1993). Schizotypal, schizoid, paranoid and avoidant personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), ***Comprehensive handbook of psychopathology*** (2.ª ed.) (pp. 411-434). Nueva York: Plenum.

Thorpe, G. L. y Olson, S. L. (1997). ***Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications*** (2.ª ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Tirapu, J., Martínez, M., Casi, A., Albéniz, A. y Muñoz, J. M. (1999). Evaluación de un programa de rehabilitación en grupo para pacientes afectados por síndromes frontales. ***Análisis y Modificación de Conducta, 25,*** 405-428.

Tobacyk, J. J. y Milford, G. (1983). Belief in paranormal phenomena: Assessment instrument development and implications for personality functioning. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 44, 1029-1037.

Torgersen, S. (1985). Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: Genetics. ***Schizophrenia Bulletin, 11,*** 554-563.

Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. ***Archives of General Psychiatry, 58,*** 590-596.

Tran, G. Q. y Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. ***Journal of Anxiety Disorders, 9,*** 489-501.

Trechera, J. L. (1995). ***¿Qué es el narcisismo?.*** Bilbao: Desclée de Brouwer.

Tringone, R. F. (1997). The MPDC: Composition and clinical applications. En T. Millon (dir.), ***The Millon inventories. Clinical and personality assessment.*** Nueva York: Guilford.

Trull, T. J., Widiger, T. A. y Frances, A. (1987). Covariation of criteria sets for avoidant, schizoid, and dependent personality disorders. ***American Journal of Psychiatry, 144,*** 767-771.

Tschanz, B. T, Morf, C. C. y Turner, C. W. (1998). Gender differences in the structure of narcissism: A multiple-sample analysis of the Narcissistic Personality Inventory. ***Sex Roles, 38,*** 863-870.

Tupin, J. P, Smith, D. B. y Clanon, T. L. (1973). The long term use of lithium in agressive prisoners. ***Comprehensive Psychiatry, 14,*** 311-317.

Turkat, I. D. (1985a). Paranoid personality disorder. En I. D. Turkat (dir.), ***Behavioral case formulation.*** Nueva York: Plenum.

— (1985b). ***Behavioral case formulation.*** Nueva York: Plenum Press.

— (1986). The behavioral interview. En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), ***Handbook of behavioral assessment*** (2.ª edición). Nueva York: Wiley.

— (1990). ***The personality disorders: A psychological approach to clinical management.*** Nueva York: Pergamon.

Turkat, I. D. y Carlson, C. (1984). Data-based versus symptomatic formulation of treatment: The case of a dependent personality. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 15,*** 153-160.

Turkat, I. D. y Maisto, S. A. (1985). Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. En D. H. Barlow (dir.), ***Clinical handbook of psychological disorders.*** Guilford Press: Nueva York.

Turner, R. M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. ***Journal of Personality Disorders, 1,*** 136-143.

— (1989). Case study evaluation of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorders. ***Behavior Therapy, 20,*** 477-489.

— (1994). Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. En M. Hersen y R. T. Ammerman (dirs.), ***Handbook of prescriptive treatments for adults.*** Nueva York: Plenum.

— (1996). El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobles (dirs.), ***Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*** (vol. 2) (pp. 63-84). Madrid: Siglo XXI.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R. y Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. ***Behaviour Research and Therapy, 32,*** 381-390.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,*** 350-358.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 326-331.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? ***Clinical Psychology Review, 16,*** 157-172.

Tyerman, A. y Humphrey, M. (1984). Changes in self-concept following severe head injury. ***International Journal of Rehabilitation Research, 7,*** 11-23.

Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders.*** Nueva York: Guilford.

Tyrer, P. y Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. ***British Journal of Psychiatry, 135,*** 163-167.

Tyrer, R, Alexander, J. y Ferguson, B. (1988). Personality Assessment Schedule (PAS). En P. Tyrer (dir.), ***Personality disorders: Diagnosis, management and course.*** Londres: Wright.

Tyrer, R, Casey, P. R. y Ferguson, B. (1991). Personality disorder in perspective. ***British Journal of Psychiatry, 159,*** 463-471.

Tyrer, R, Casey, P. y Gall, J. (1983). Relationship between neurosis and personality disorders. ***British Journal of Psychiatry, 142,*** 404-408.

Tyrer, R, Seivewright, N., Ferguson, B., Murphy, S. y Johnson, A. L. (1993). The Nottingham study of neurotic disorder. Effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years. ***British Journal of Psychiatry, 162,*** 219-226.

Vaillant, G. E. (1975). Sociopathy is a human process: A view point. ***Archives of General Psychiatry, 32,*** 178-183.

Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (1986). A group social skills training program with psychiatric patients: Outcome, drop-out rate and prediction. ***Behaviour Research and Therapy, 24,*** 161-169.

Van Denburg, E. J. y Choca, J. P. (1997). Interpretation of the MCMI-III. En T. Millon (dir.), ***The Millon inventories: Clinical and personality assessment*** (pp. 41-58). Nueva York: Guilford.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C. y Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. ***American Journal of Psychiatry, 148,*** 1665-1671.

Van Reekum, R. (1993). Acquired and developmental brain dysfunction in borderline personality disorder. ***Canadian Journal of Psychiatry, 38*** (suppl 1), S4-S10.

Van Reekum, R., Bolago, I., Finlayson, M. A., Garner, S. y Links, P. S. (1996). Psychiatric disorders after traumatic brain injury. ***Brain Injury, 10,*** 319-327.

Van Reekum, R., Conway, C., Gansler, D., White, R. y Bachman, D. L. (1993). Neurobehavioral study of borderline personality disorder. ***Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18,*** 121-129.

Van Velzen, C. J. M., Emelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. ***Journal of Anxiety Disorders, 14,*** 395-411.

Van Vliet, I. M., den Boer, J. A. y Westenberg, H. G. (1992). The pharmacotherapy of social phobia: Clinical and biochemical effects of brofaromine, a reversible MAO-A inhibitor. ***European Neuropsychopharmacology, 2,*** 21-29.

Vázquez, C., Ring, J. y Avia, M. D. (1991). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (dirs.), ***Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*** (pp. 771-803). Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.

Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. y Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine. ***British Journal of Psychiatry, 161,*** 353-360.

Vieregge, R, Hagenah, J., Heberlein, L, Klein, C. y Ludin, H. (1999). Parkinsons disease in twins: a follow-up study. ***Neurology, 53,*** 566-572.

Wachtel, P. (1977). ***Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an interpretation.*** Nueva York: Basic Books.

Walsh, K. y Bennet, G. (2001). Parkinsons disease and anxiety. ***Postgraduate Medical Journal, 77,*** 89-93.

Ward, L. C. (1994). Correspondence of the MMPI-2 and MCMI-II in male substance abusers. ***Journal of Personality Assessment,*** 64, 390-393.

Wasik, B. (1984). ***Teaching parents effective problem-solving: a handbook for professionals.*** Manuscrito inédito. University of North Carolina, Chapel Hill.

Watson, P. J. y Biderman, M. D. (1989). Failure of only-child status to predict narcissism. ***Perceptual and Motor Skills, 69,*** 1346.

Waxman, S. G. y Geschwind, N. (1975). The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. ***Archives General Psychiatry, 32,*** 1580-6.

Weiss, L. G. (1997). The MIPS: Gauging the dimensions of normality. En T. Millon (dir.), ***The Millon inventories. Clinical and personality assessment.*** Nueva York: Guilford.

Weiss, L. G. y Lowther, J. (1995). ***The factor structure of the Millon Index of Personality Styles.*** Paper presented at the annual convention of the society for Personality Assessment, Atlanta.

Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. ***Journal of Personality Disorders, 7,*** 44-62.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P, Ludgate, J., Hackmann, A. y Gelder, M. G. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. ***Behavior Therapy, 26,*** 153-161.

Wender, P. H. (1977). The contribution of adoption studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenia. En P. Hartocollis (dir.), ***Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*** (pp. 255-269). Nueva York: International Universities Press.

Wessler, R. L. (1993a). Cognitive appraisal therapy and disorders of personality. En K. T. Kuehlwein y H. Rosen (dirs.), ***Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice.*** San Francisco, CA: Jossey-Bass.

__ (1993b). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. ***Psicología Conductual, 1,*** 35-50.

__ (1997). El estado de la cuestión en la terapia de valoración cognitiva. En I. Caro (dir.), ***Manual de terapias cognitivos.*** Barcelona: Paidós.

__ (2004). El tratamiento de diferentes trastornos de la personalidad por medio de la terapia de valoración cognitiva En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de trastornos de la personalidad, descripción, evaluación y tratamiento.*** Madrid: Síntesis.

Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. W. R. (1990). Emotion and rules of living. En R. Plutchik y H. Kellerman (dirs.), ***Emotion: Theory, research, and experience.*** Nueva York: Academic Press.

__ (1991). La terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), ***Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.*** Madrid: Siglo XXI.

Westen, D. y Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. ***American Journal of Psychiatry, 155,*** 1767-1771.

Weston, S. C. y Siever, L. J. (1993). Biologic correlates of personality disorders. ***Journal of Personality Disorders, 7*** (suppl.), 129-148.

Whitman, T, Torsman, H. y Koenig, R. (1954). Clinical assessment of passive-aggressive personality. ***Archives of Neurology and Psychiatry, 72,*** 540-549.

Widiger, T. (1985). ***Personality interview questions.*** Unpublished manuscript, University of Kentucky, Lexington, KY.

__ (1991). Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV. ***Journal of Personality Disorders,*** 5, 386-398.

__ (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. ***Journal of Abnormal Psychology, 101,*** 340-343.

__ (1993). The DSM-III-R categorial personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. ***Psychological Inquiry, 4,*** 75-90.

__ (1995). Deletion of self-defeating and sadistic personality disorders. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders*** (pp. 359-373). Nueva York: Guilford.

— (2000). Personality disorders in the 21st century. ***Journal of Personality Disorders, 14,*** 3-16.

Widiger T. A. Corbitt, E. M. y Millon, T. (1991). Antisocial personality disorders. En A. Tasman y M. Riba (dirs.), ***Review of Psychiatry*** (Vol. II). Washington, DC: American Psy-

Widiger T.A. y Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. ***Journal of Abnormal Psychology, 103,78-91-***

Widiger, T. A. y Frances, A. (1985a). The DSM-III personality disorders. Perspectives from psychology. ***Archives of General Psychiatry, 42,*** 615-623.

— (1985b). Axis II personality disorders: Diagnostic and treatment issues. ***Hospital and Comunity Psychiatry, 36,***619-627.

__ (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. ***Clinical Psychology Review, 7,***49-75.

__ (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. En A. Tasman, R. E. Hales y A. J. Frances (dirs.), ***Review of Psychiatry*** (vol. 8) (pp. 8-24). Nueva York: Guilford.

Widiger P. y Kelso, K.(1983). Psychodiagnosis of Axis II. ***Clinical Psychology Review, 3,*** 491-510.

Widiger, T.A., Mangine, S,, Corbitt, E. M., Ellis, C. G. y Thomas, G. V (1995). ***Personality Disorder Interview-IV- A semistructured interview for the assessment of personality disorders.*** Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Widiger, T. A. y Rogers, J. H. (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorders. ***Psychiatric Annals, 19,*** 132-136.

Widiger, T. A. y Sanderson, C. J. (1995). Towar a dimensional model of personality disorder in DSM-IV and DSM-V. En W. J. Livesley (dir.), ***The DSM-IV personality disorders.*** Nueva York:

— 1997), Personality disorders. En A. Tasman, J. Kay y A. Lieberman (dirs.), ***Psychiatry,*** vol. 2 **(pp.** 1291-1317). Philadelphia, PA: Saunders.

Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), ***Comprehensive handbook of psychopathology*** (pp. 371-394). Nueva York: Plenum.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F, Sanderson, C. y Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. En P. T. Costa y T. A. Widiger (dirs.), ***Personality disorders and the five-factor model of personality*** (2.ª edición) (pp 89-99). Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Hurt, S. W, Clarkin, J. y Frances, A. (1987). A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders. ***Archives of General Psychiatry, 44,*** 557-563.

Wiggins J (1979). ***Personality and prediction.*** Reading, MA: Addison-Wesley.

Williamson, S., Harpur, T. J. y Hare, R. D. (1991). Abnormal processing of affective words by psychopaths. ***Psychophysiology, 28,*** 260-273.

Wilson, E. O. (1978). ***On human nature.*** Cambridge, MA: Harvard University.

Wink, P. (1992). Three narcissism scales for the California Q-set. ***Journal of Personality Assessment***

— 1996). Narcissism. En C. G. Costello (dir.), ***Personality characteristics of the personality di sordered (pp.*** 146-172). Nueva York: Wiley.

Wink, P. y Gough, H. G. (1990). New narcissism scales for the California Inventory and MM PI. ***Journal of Personality Assessment, 54,*** 446-462.

Wise, E. A. (1996). Comparative validity of the MMPI-II and MCMI-II personality disorders classifications. ***Journal of Personality Assessment, 66,*** 569-582.

Witol, A., Kreutzer, J. y Sandel, A. (1999). Emotional, behavioral and personality assessment after traumatic brain injury. En M. Rosenthal, E. Griffith, J. Kreutzer y B. Pentland (dirs.), ***Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*** (3.ª ed.) (pp. 167-182). Philadelphia: F. A. Davis.

Wolberg, L. R. (1965). ***Short-term psychotherapy.*** Nueva York: Basic Books.

— (1980). ***Handbook of short-term psychotherapy.*** Nueva York: Thieme-Stratton.

Wolff, S. (2000). Schizoid personality in childhood and Asperger syndrome. En A. Klin, F. R. Volkmar y S. S. Sparrow (dirs.), ***Asperger syndrome*** (pp. 278-305). Nueva York: Guilford.

Woody, S. R., Chambless, D. L. y Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. ***Behaviour Research and Therapy, 35,*** 117-129.

Wozniak, J., Biederman, J., Faraone, S., Blier, H. y Monuteaux, M. C. (2001). Heterogeneity of childhood conduct disorder: Further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. ***Journal of Affective Disorder, 64,*** 121-131.

Wulach, J. (1983). Diagnosing the DSM-III antisocial personality disorder. ***Psychology: Research and Practice, 14,*** 330-340.

Young, J. E. (1994a). ***Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*** (ed. rev.). Sarasota, FI: Professional Resource Press.

— (1994b). ***Young Parenting Inventory.*** Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York.

— (1995). ***Young Compensation Inventory.*** Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., y Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2.ª edición). En J. E. Young, ***Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*** (ed. rev.), Sarasota, FL: Professional Resource Press.

— (2001). ***Young Schema Questionnaire. Special edition.*** Nueva York: New York Schema Therapy Institute.

Young, J. E. y Klosko, J. S. (1994). ***Reinventing your life.*** Nueva York: Plume.

Young, J. E. y Rygh, J. (1994). ***Young-Rygh Avoidance Inventory.*** Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. Weishaar, M. E. y Klosko, J. S. (2003). ***Schema therapy: A practitioner's guide.*** Nueva York: Guilford.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. y Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objetive rating of verbal and physical aggression. ***American Journal of Psychiatry, 143,*** 35-39.

Zametkin, A. J., Liebenauer, L. L., Fitzgerald, G. A., King, A. C., Minkunas, D. V. Hercovitch, P., Yamada, E. M. y Cohen, R. M. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention-deficit hyperactivity disorder. ***Archives General Psychiatry, 50,*** 333-340.

Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulsive spectrum disorder. En J. Paris (dir.), ***Borderline personality disorder: etiology and treatment*** (pp. 67-85). Washington, DC: American Psychiatric Press.

— (1993). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. ***Journal of Personality Disorders, 17,*** 233-242.

Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypocondriasis, hyperbole, and the borderline patient. ***Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3,*** 25-36.

— (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. ***Journal of Personality Disorders, 11,*** 93-104.

Zanarini, M. C,, Frankenburg, F. R. y Chauncy, D. L. (1987). ***Revised Diagnostic Interview for Personality Disorders, DIPD-R.*** McLean Hospital. Manuscrito sin publicar.

Zanarini, M. C,, Frankenburg, F. R., Deluca, C. J,, Hennen, J., Khera, G. S. y Gunderson, J. G. (1998a). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. ***Harvard Review of Psychiatry, 6,*** 201-207.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998b). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 155,*** 1733-1739.

Zanarini, M,, Frankenburg, E. R., Sickel, A. E. y Young, L. (1996). ***Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders.*** Laboratory for the Study of Adult Development, McLean Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard University.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R. y Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderline: Discriminating BPD from other Axis II disorders. ***Journal of Personality Disorders, 3,*** 10-18.

Zanarini, M. C,, Kimble, C. R. y Williams, A. A. (1994). Neurological dysfunction in borderline patients and Axis II control subjects. En J. K. Silk (dir.), ***Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder*** (pp. 159-175). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zanarini, M. C,, Williams, A. A., Lewis, R. E,, Reich, R. B,, Vera, S. C., Marino, M. F,, Levin, A., Yong, L. y Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. ***American Journal of Psychiatry, 154,*** 1101-1106.

Zimmerman, M. y Coryell, W. H. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. ***Archives of General Psychiatry, 46,*** 682-689.

__ (1990). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. ***Archives of General Psychiatry, 47,*** 527-531.

Zimmerman, M., Coryell, W. H. y Black, D. W. (1990). Variability in the application of contemporary diagnostic criteria: endogenous depression as an example. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 1173-179.

Zimmerman, M,, Pfohl, B,, Coryell, W. H., Corenthal, C. y Stangl, D. (1991). Major depression and personality disorder. ***Journal of Affective Disorders, 22,*** 199-210.

Psicología. Manuales prácticos | 2

Manual de trastornos de la personalidad

Vicente E. Caballo (coord.)

Los trastornos de la personalidad constituyen una de las áreas de la salud mental más controvertidas y fascinantes. Durante largo tiempo olvidados por los tratamientos empíricos, parecen haber resurgido hoy día con una enorme fuerza y vitalidad, planteando problemas y discusiones de enorme calado para el futuro de la práctica clínica tanto psicológica como psiquiátrica.

El presente manual aborda en profundidad algunos de los aspectos más relevantes sobre los trastornos de la personalidad, desde la descripción clínica detallada, pasando por su evaluación, hasta el tratamiento de los mismos. En el libro se ofrece un amplio panorama del estado actual del área, con especial énfasis en distintos aspectos del tratamiento.

Vicente E. Caballo es profesor de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada.

ISBN 84-9756-210-0

EDITORIAL SINTESIS