

## TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Vicente E. Caballo<sup>1</sup>  
*Universidad de Granada (España)*

### **Resumen**

Los tratamientos disponibles para los trastornos de la personalidad son variados, pero, en general, no resultan muy eficaces. En el presente artículo se exponen algunas directrices para el tratamiento de los trastornos de la personalidad y se presentan algunos de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para la modificación de estos problemas. Mientras que algunos trastornos son difíciles de modificar (p.ej., trastornos esquizoide, antisocial o narcisista de la personalidad), otros disponen de programas estructurados de tratamiento que nos hacen ser más optimistas sobre la eficacia de las intervenciones (p.ej., trastornos límite, por evitación o por dependencia). Concluimos señalando la necesidad de investigar más sobre procedimientos y técnicas de intervención más eficaces para la modificación de los trastornos de la personalidad.

**PALABRAS CLAVE:** *Trastornos de la personalidad, tratamiento cognitivo-conductual.*

### **Abstract**

The treatments available for personality disorders are varied, but, in general, they are not very effective. Current studies offer some guidelines for the treatment of personality disorders that are described here together with some of the cognitive-behavioral procedures used for the modification of these problems. While some disorders are difficult to modify (e.g., schizoid, antisocial or narcissistic personality disorders), others have structured programs of treatment that make us more optimistic about the effectiveness of interventions (e.g., borderline, avoidant or dependent personality disorders). We conclude by pointing out the need for more research on more effective procedures and techniques of intervention for the modification of personality disorders.

**KEY WORDS:** *Personality disorders, cognitive-behavioral treatment.*

## Introducción

El tratamiento de los trastornos de la personalidad dista mucho de encontrarse en una etapa de grandes avances empíricos y consolidación del campo. Las dificultades encontradas en la modificación de los patrones desadaptativos de la personalidad son numerosas y pocos procedimientos se pueden considerar eficaces para abordar dicha modificación. La terapia farmacológica no parece ser muy útil y los tratamientos psicosociales están lejos de proporcionar una solución adecuada (véase Quiroga y Errasti, 2001, para una revisión de la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad). Aunque existen numerosos enfoques de este último tipo dirigidos a la modificación de los trastornos de la personalidad, como la psicoterapia de apoyo, el psicoanálisis, la terapia conductual o cognitivo-conductual o los enfoques educativos, no parece dibujarse una clara opción para la intervención con este tipo de problemas. Las profundas raíces que echan en los individuos que los padecen y su notable estabilidad temporal y transituacional complican aún más dicha intervención. No obstante, desde aquí abogamos por un enfoque empírico como la mejor forma de progresar en este difícil campo dirigido a la modificación de los trastornos de la personalidad. Por ello, adoptaremos en este artículo una posición cognitivo-conductual para la intervención en este área de la salud mental.

### **El tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad**

La literatura que aborda los trastornos de la personalidad desde la posición 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; Echeburúa y De Corral, 1999). Sin embargo, 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):

- 1º nivel: Disminuir los síntomas
- 2º nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad
- 3º nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral
- 4º 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 la respuesta afectiva, cognitiva o conductual que es insuficiente o excesiva) tiene que producirse antes que la modificación de la estructura del carácter o los esquemas. Algunas estrategias a utilizar para la regulación o modulación del temperamento de la personalidad se pueden ver en a Tabla 1.

Seguidamente nos detendremos en los diferentes trastornos de la personalidad y describiremos brevemente algunos de los procedimientos conductuales o cognitivo-conductuales que se han empleado en su tratamiento. Seguiremos el mismo orden expuesto en el primer artículo de este monográfico y nos remitimos a este mismo artículo para la descripción de cada trastorno. En el presente artículo sólo nos centraremos en las distintas técnicas de tratamiento (véase Caballo, 1998, para una mayor información).

**Tabla 1**

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 regulación emocional
- Entrenamiento en tolerancia ante el malestar
- Establecimiento de límites
- Manejo de la ira

*por defecto*

- Entrenamiento en empatía

*identificación*

- Entrenamiento en darse cuenta de las emociones

**Síntomas conductuales**

- Entrenamiento en autocontrol

**Síntomas interpersonales**

- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en habilidades sociales/interpersonales

**Síntomas cognitivos/perceptivos**

- Detención del pensamiento
- Entrenamiento en darse cuenta de las cogniciones
- Entrenamiento en el manejo de síntomas
- Entrenamiento en solución de problemas

### *El Grupo A de los trastornos de personalidad: los extraños o excéntricos*

El tratamiento de los trastornos del Grupo A resulta bastante difícil, con escasos resultados eficaces para todos ellos.

#### Tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad

El trastorno paranoide de la personalidad (TPP) rara vez se ve 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.

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. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de base es esencial para poder aplicar un tratamiento adecuado.

Debido a las características típicas del TPP, la primera tarea del terapeuta al abordar este trastorno es establecer una relación de colaboración con el paciente. Sin embargo, hay que hacerlo con cuidado, teniendo en cuenta que es probable que los intentos directos para convencer al paciente de que confíe en el terapeuta sean percibidos como engañosos y, por lo tanto, aumenten sus sospechas. Un posible enfoque sería aceptar abiertamente la desconfianza del paciente, una vez que es aparente, y gradualmente manifestar su confianza por medio de actos, en vez de presionar al paciente para que confíe en el terapeuta de forma inmediata (Beck y Freeman, 1990). 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 centran en objetivos poco amenazantes para el paciente puede ser realmente importante en las etapas iniciales de la terapia. 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 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.

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 antiansiedad. Además, 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 vivo) 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 análisis de interacciones interpersonales grabadas en video puede 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 retroalimentación positiva.

Actualmente existen pocos datos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TPP. La Tabla 2 presenta un resumen de los tratamientos cognitivo-conductuales utilizados con este trastorno.

**Tabla 2**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad

*El deterioro se suele manifestar en sus relaciones con los demás*

- Lo primero es establecer una relación 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
- Reestructuración cognitiva y modificación de esquemas básicos

Tratamiento del trastorno esquizoide de la personalidad

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 son 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 graduada* 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), proponiéndose un registro diario sistemático de los pensamientos disfuncionales y de las suposiciones básicas (que se irán abordando en las sesiones posteriores), y un aumento en la vivencia de emociones positivas (frecuentemente a través de tareas conductuales). En la Tabla 3 se puede ver un resumen de los tratamientos cognitivo-conductuales utilizados con este trastorno.

**Tabla 3**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno esquizoide de la personalidad

*La falta de motivación para cambiar, así como las limitaciones en la expresión afectiva constituyen obstáculos básicos*

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Exposición graduada
- Modificación de esquemas y pensamientos disfuncionales
- Aumento en la vivencia de emociones positivas

### Tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad

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 enseñarle habilidades interpersonales que hagan más eficaz su interacción social, así como técnicas de control de la ansiedad que mejoran 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 pro-

pio juicio. Como parte del tratamiento, se le enseñó que había muchos niveles de analizar la información, que una posible opción en 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 fármacos) utilizados 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 la Tabla 4 se puede encontrar un resumen de las intervenciones cognitivo-conductuales utilizadas con este trastorno.

**Tabla 4**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad

*Deben hacer más eficaz su interacción y su expresión social*

- 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

*El Grupo B de los trastornos de personalidad: los impulsivos, teatrales o volubles*

El tratamiento de los trastornos del Grupo B es bastante dispar, ya que mientras que para algunos trastornos existen tratamientos eficaces, para otros la posibilidad de modificación resulta casi una utopía. Seguidamente nos detendremos en los distintos trastornos de este grupo heterogéneo.

El trastorno antisocial de la personalidad

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 empatía, 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 (Meloy, 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 cabo en la naturaleza. 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 empatía 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 la Tabla 5 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno antisocial de la personalidad.

## El trastorno límite de la personalidad

Se han desarrollado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del TLP. Destacaremos seguidamente algunas de ellas.

### *La terapia cognitiva de Beck*

Buena parte de esos enfoques se basan en la terapia cognitiva que Beck propuso para el tratamiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El

**Tabla 5**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad

*No suelen acudir a tratamiento a menos que se les obligue*

- 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 empatía con la víctima
  - Objetivos relacionados con el delito
    - ✓ Aumentar las habilidades para relacionarse

enfoque de Beck y Freeman (1990) consiste en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con un TLP mantiene tres suposiciones básicas que influyen sobre la conducta y las respuestas emocionales: «El mundo es peligroso y malévolo», «Soy débil y vulnerable» y «Soy inaceptable en esencia». Igualmente, el pensamiento dicotómico juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos. Beck y Freeman (1990) plantean un plan de tratamiento que favorezca una alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, disminuya el pensamiento dicotómico, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente.

#### *La terapia cognitiva centrada en los esquemas, de Young*

Young (1994) ha desarrollado la «terapia cognitiva centrada en los esquemas» para el tratamiento de los trastornos de personalidad en general. Sin embargo, el TLP parece beneficiarse especialmente de ella. Para Young los esquemas tempranos desadaptativos (ETDs) que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Desde la terapia propuesta por Young, estos son los esquemas que hay que identificar y cambiar. Una descripción más amplia sobre esta terapia se puede ver al final del capítulo.

### *La terapia cognitivo-conductual dinámica, de Turner*

La terapia cognitivo-conductual dinámica (TCCD), propuesta por Turner (1989, 1994), aborda el tratamiento del TLP centrándose principalmente en los componentes impulsivos-de ira del TLP. Este enfoque de terapia cognitivo-conductual integra estrategias terapéuticas dinámicas para clarificar y modificar los esquemas del paciente. La TCCD interpreta los conflictos y utiliza estrategias cognitivas y conductuales para modificar las distorsiones cognitivas, y utiliza las técnicas de interpretación para echar abajo las barreras al cambio. La TCCD enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales en el funcionamiento humano, considerando a la relación terapéutica como el principal medio para la aplicación del tratamiento.

El tratamiento dura un año, siendo intenso los seis primeros meses. Durante las primeras 10 semanas se planifican 3 sesiones cada semana y las siguientes 16 semanas, 2 sesiones semanales. Si el tratamiento va bien, luego se cambia a una sesión semanal. El programa de tratamiento consta de varias fases: (a) control de la crisis; (b) contrato terapéutico; (c) evaluación del problema; (d) formulación de caso dinámica-cognitiva; (e) intervención intensiva; (f) sesiones terapéuticas de apoyo («*booster sessions*»), y (g) terminación.

Las estrategias utilizadas durante la terapia se clasificarían en tres grupos:

1. Estrategias que implican acción, como: (a) tareas para casa, de forma especial el experimentar y practicar nuevas formas de pensar, actuar y sentir; (b) representación de papeles e inversión del papel; (c) autorregistros; (d) entrenamiento en habilidades de comunicación; (e) contrato conductual; (f) exposición y prevención de la respuesta; (g) práctica de las habilidades de solución de problemas; y (h) experiencia emocional y conductual de las interpretaciones de la transferencia.
2. Estrategias que utilizan la imaginación, como: (a) automodelado encubierto; (b) imaginación guiada; (c) terapia implosiva; y (d) exposición en la imaginación.
3. Estrategias de codificación y procesamiento de la información, como: (a) interpretación y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas frecuentes; (b) cuestionamiento de las reacciones conductuales y emocionales actuales y búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos; (c) educación activa de los pacientes sobre su estructura dinámica-cognitiva, sus creencias disfuncionales, sus distorsiones cognitivas y sus motivaciones; (d) enseñanza de habilidades de solución de problemas; (e) corrección de las disfunciones cognitivas y de las creencias disfuncionales; y (f) mejora de la capacidad de los pacientes para controlar y regular sus estilo de procesamiento de la información.

Aunque hay algunos estudios que muestran una cierta eficacia de esta terapia (p.ej., Turner, 1989, 1993), hace falta más estudios sobre la misma, especialmente realizados por otros investigadores distintos al creador de la TCCD.

### *La formulación clínica de caso, de Turkat*

Turkat (1990) plantea que los sujetos con un TLP tienen un importante déficit en la solución de problemas, constituyendo su característica básica. Ese autor propone dos aspectos a considerar:

1. Tener en cuenta la naturaleza del déficit de solución de problemas, que diferirá según el caso.
2. Aunque la formulación de un déficit de solución de problemas sugiere un tratamiento basado en la solución de problemas, el TLP raramente permitirá al terapeuta llevar a cabo este tratamiento. «Entre sesiones parece desencadenarse una nueva 'crisis' y a menudo resulta difícil hacer que el paciente 'vuelva a retomar' el problema básico que necesita atención. Por el contrario, el paciente plantea exigencias inmediatas de alivio, lo que impide que se implique en la práctica de la solución de problemas, incluso cuando esa práctica pudiera proporcionar una resolución inmediata de la crisis» (Turkat, 1990, p. 70). Este autor es pesimista con respecto a los sujetos que padecen un TLP, indicando que sus mejores resultados han conseguido, como mucho, moderar las dificultades básicas de esos pacientes. No obstante, sugiere algunas estrategias de intervención, 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.

### *5. La terapia dialéctica conductual, de Linehan*

Esta terapia cognitivo-conductual ha sido desarrollada por Linehan para el tratamiento de pacientes con un TLP y con comportamientos parasuicidas (Linehan, 1987; 1993a, b). Linehan utiliza una teoría biosocial para conceptualizar al TLP, donde la base constitucional del trastorno es la elevada reactividad emocional y la falta de regulación. Propone que los patrones conductuales del TLP son el resultado de la transacción entre el niño emocionalmente vulnerable y el ambiente que invalida las expresiones de la experiencia privada, especialmente de las expresiones emocionales.

La terapia dialéctica conductual implica, de forma simultánea, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente por terapia de grupo (Aramburú, 1996; Linehan, 1993a, b). El formato de grupo es psicoeducativo, enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol. En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se colocan jerárquicamente del siguiente modo (Aramburú, 1996; Tutek y Linehan, 1994): (1) disminución o eliminación de las conductas suicidas y parasuicidas; (2) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; (3) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad

del vivir; (4) adquisición de habilidades conductuales; (5) reducción de los efectos del estrés postraumático; (6) aumento del respeto por uno mismo, y (7) obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia. El primer objetivo de la terapia individual sería bloquear las conductas en las primeras tres áreas y sustituirlas por habilidades conductuales en la cuarta área. Luego, los objetivos son descubrir y reducir los efectos de los traumas infantiles sexuales, físicos y emocionales (objetivo 5) y enseñar a los pacientes a confiar en ellos mismos (objetivo 6). «La ordenación jerárquica implica no solamente un orden de prioridades, sino también la exigencia de que para tratar un objetivo posterior no deben darse incidencias de conductas problema que tengan una prioridad más alta» (Aramburú, 1996, p. 133).

La terapia dialéctica conductual ha sido quizás la primera terapia cognitivo-conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan *et al.*, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993) y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma.

En la Tabla 6 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno límite de la personalidad.

**Tabla 6**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad

*Existen diferentes intervenciones cognitivo-conductuales*

- La terapia cognitiva de Beck
  - Cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncional
- La terapia cognitiva centrada en los 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

### El trastorno histriónico de la personalidad

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 empatía* puede

ser útil. Por medio de este procedimiento se le enseñan al paciente habilidades básicas como la escucha activa, parafrasear y a 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 video.

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

### *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.
- 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 obtáculo para la terapia.
- Fase 4. Identificar y ayudar al paciente a modificar creencias irracionales y contradicciones en los esquemas sobre sí mismo y los demás. Esta última fase sería básicamente una fase de reestructuración cognitiva similar a la terapia cognitiva de Beck.

### *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:

- 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.
- d) 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.
- e) Cuestionar la creencia de que la pérdida de una relación sería desastroso.
- f) Si tienen una relación íntima con otra persona, es probable que necesiten terapia de pareja.

### *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 de la terapia para los trastornos de la personalidad (Wessler, 1993, en prensa; Wessler y Hankin-Wessler, 1991). Seguidamente describiremos brevemente algunas cuestiones pertinentes de la TVC para el paciente con un THP (Wessler, en prensa):

1. El problema fundamental del terapeuta es establecer una relación con el paciente sin reforzar el comportamiento histriónico. Esto puede hacerse mostrando al comienzo 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 terapeuta puede cambiar a un enfoque más empático y reflejar los sentimientos que la persona tiene realmente, en vez de las emociones dramáticas que aparenta.
2. Ayudar al paciente histriónico a permanecer tranquilo, de forma que la entrevista sea terapéutica y no social, donde el terapeuta no se deje arrastrar por las atractivas historias del paciente.
3. Utilizar el humor con cuidado para desinflar el estilo melodramático del sujeto.
4. Hacer que el paciente se mantenga en contacto con la realidad. Una forma de hacerlo es usando la autorrevelación, por medio de la cual el terapeuta le dice al paciente como se sentiría y qué pensaría si se encontrará en la misma situación que él.
5. Intentar verbalizaciones paradójicas para ayudar a reducir el grado de catástrofe y a mantenerse en contacto con la realidad. Al utilizar esta táctica, el terapeuta magnifica las verbalizaciones ya magnificadas del paciente.

6. Reenmarcar las verbalizaciones del paciente y explicar sus efectos sobre otras personas. El paciente histriónico piensa que la inhibición de la expresión emocional es malo psicológica e incluso físicamente. El terapeuta puede reenmarcar la expresión excesiva del paciente, indicándole, sin crítica, que le da demasiada información que no puede manejar.

En la Tabla 7 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno histriónico de la personalidad

**Tabla 7**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad

*Existe cierto pesimismo sobre el tratamiento de este trastorno*

- 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

El trastorno narcisista de la personalidad

El TNP es crónico y muy difícil de tratar por las características típicas del mismo. Sin embargo, la terapia cognitiva plantea 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 terapia. 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 (problemas 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.

Beck y Freeman (1990) señalan que la terapia del TNP se centra 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.

Entre los procedimientos que se emplea en la modificación de un TNP se encuentran las siguientes:

1. El cambio de distorsiones cognitivas que el paciente tiene sobre sí mismo por otros pensamientos más realistas.
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 empatía, 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.

Wessler (en prensa) describe algunas pautas del terapeuta de la TVC para abordar la sensación que posee el paciente de exigir a los demás y de «estar en su derecho», que son las siguientes:

1. Intentar impresionar al sujeto narcisista.
2. Diferenciar entre un narcisista «a la defensiva» (le falta confianza en sí mismo) o un «verdadero» narcisista (carece de empatía).
3. Escoger como objetivo terapéutico la disminución de la vergüenza (narcisista a la defensiva) o el aumento de empatía (narcisista verdadero).
4. Utilizar la autorrevelación para crear disonancias entre la versión privada del paciente sobre la realidad y la versión socialmente adecuada del terapeuta.

5. Hacer que el paciente sea más científico cuando extraiga conclusiones sobre los pensamientos, sentimientos y motivaciones de los demás.
6. Fomentar que se sientan responsables, que confíen en sí mismos y que se vean capaces de conseguir lo que quieren, pero sin explotar a los demás.

En la Tabla 8 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno narcisista de la personalidad.

**Tabla 8**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad

*Trastorno crónico y muy difícil de tratar por sus características*

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

*El Grupo C de los trastornos de personalidad: los ansiosos o temerosos*

Los trastornos de personalidad incluidos en este grupo tiene un mejor pronóstico a la hora del tratamiento y para su modificación disponemos de programas estructurados que se han mostrado eficaces.

El trastorno de la personalidad por evitación

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). 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/reforzamiento y las tareas para casa.

3. *Terapias cognitivas* dirigidas a eliminar las suposiciones, atribuciones, y autoverbalizaciones asociadas frecuentemente con las ansiedades sociales.
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 un periodo de terapia, con un periodo 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 por parte de los sujetos con un TPE. Seguidamente expondremos brevemente dos enfoques de la intervención con el TPE.

### 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 pensamientos 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.

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 amistades existentes, intentar nuevas experiencias, etc. 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.

## 2. *La terapia cognitivo-interpersonal*, de Alden

Alden (en prensa) ha propuesto la terapia cognitivo-interpersonal para el tratamiento de los sujetos con un TPE. Los objetivos de esta intervención son el estimular a los pacientes a que examinen de forma objetiva su conducta social, que identifiquen creencias inadecuadas o anticuadas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones conductuales ineficaces, que experimentan con nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales, y que observen cómo los cambios de su comportamiento generan diferentes consecuencias sociales. Este proceso a menudo conduce a discusiones con respecto a creencias más profundas sobre sí mismos y sus patrones interpersonales, algo que resulta beneficioso identificar y discutir. Alden (en prensa) utiliza las siguientes estrategias específicas para conseguir esos objetivos:

1. *El autorregistro*. Se utiliza para que el paciente observe las situaciones sociales desde una perspectiva objetiva y que lleve a cabo un análisis racional de lo que ocurrió.
2. *Modificación cognitiva: estrategias de primer nivel*. Al revisar el autorregistro del paciente, el terapeuta puede realizar algunos pasos preliminares para modificar las creencias y los procesos cognitivos inadecuados. El objetivo de estas estrategias de las primeras fases es colocar las bases probatorias para un trabajo cognitivo posterior y más profundo. Por lo tanto, estas estrategias deberían centrarse en situaciones específicas, en vez de en patrones globales.
3. *Activación conductual*. Desde el principio del tratamiento, el terapeuta debería animar a los pacientes con un TPE a que aumenten sus actividades. El objetivo de las estrategias de activación conductual es sacar a los sujetos fuera de sus rutinas y reducir sus temores hacia las situaciones y actividades no familiares.
4. *Exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor*. La exposición a las situaciones temidas es un elemento esencial en el tratamiento de la evitación y la ansiedad sociales. Tan pronto como sea posible, se debe animar a los pacientes para que se expongan a las situaciones sociales que temen y realicen los tipos de conductas que les ponen ansiosos (p.ej., iniciar interacciones, expresar opiniones personales, etc.). La exposición se ayuda con elementos del procesamiento de la información (p.ej., expectativas negativas) y, en los casos más graves de evitación, con estrategias de ensayo y de activación conductuales (antes de exponerse a las situaciones temidas).
5. *Ensayo de conducta*. El ensayo de conducta se utiliza para apoyar la confianza en sí mismo del paciente y aumentar, por consiguiente, la probabilidad de implicarse en la situación y experimentar un resultado positivo.
6. *Modificación cognitiva: estrategias de segundo nivel*. Conforme progresa la terapia, el terapeuta pasa a estrategias de las fases intermedias que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento con base en las emociones, que suelen caracterizar a los pacientes con un TPE.

7. *Modificación cognitiva: estrategias de tercer nivel.* En las últimas etapas del tratamiento de un paciente con un TPE, es probable que surjan temas más profundos relativos al sentido de sí mismo y al patrón de sus relaciones con los demás. El autorregistro, la exposición conductual y las estrategias de reestructuración cognitiva conducirán a los pacientes a contemplar de qué manera se ven a sí mismos y cómo desarrollaron los 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.

El programa propuesto por Alden (en prensa) parece un tratamiento prometedor para el TPE y versiones anteriores de ese programa han producido resultados positivos a este respecto (p.ej., Alden, 1989). En la Tabla 9 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno de la personalidad por evitación.

**Tabla 9**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación

*Tratamiento similar al de la fobia social generalizada*

- 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

El trastorno de la personalidad por dependencia

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 éste 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.

Cuando los sujetos tienen problemas de habilidades sociales, 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).

Para Wessler (en prensa) la estrategia general de trabajo con los sujetos dependientes es animarles a ser menos pasivos y más activos por sí mismos, y que se centren en complacerse a ellos mismos en vez de hacerlo con los demás. La simple explicación al paciente de este objetivo es un buen comienzo. Luego, puede señalarse cada caso de conducta y expresión pasiva o complaciente. Se anima al paciente a asumir riesgos fuera de la sesión de terapia, defendiendo sus derechos, ofreciendo opiniones y tomando decisiones. Algunas tácticas de la Terapia de valoración cognitiva pueden ser útiles a la hora de llevar a cabo esta estrategia:

1. El terapeuta no debe sentir pena por el paciente, ni expresar actitudes que indiquen lástima.
2. No permitir al paciente que intente agradar o complacer al terapeuta.
3. No tomar la responsabilidad de establecer los problemas del paciente.
4. Incitar la ira. En la seguridad de la clínica, se intenta provocar sentimientos negativos, especialmente la ira. Esto se puede hacer, por ejemplo, defendiendo a la persona de la que se queja el sujeto.
5. Pedir al paciente que sea su propio terapeuta.
6. Suponer que el paciente etiqueta erróneamente al menos parte de su ira como «ansiedad».
7. Ayudar al paciente a colocar límites en sus relaciones interpersonales.
8. Utilizar la retroalimentación para contrarrestar las maniobras de dependencia realizadas por el paciente.

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 para casa conductuales 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 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. 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.

En la Tabla 10 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno de la personalidad por dependencia.

**Tabla 10**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia

*El objetivo principal es que aprendan a ser más independientes*

- 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

## El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Gran parte de las características de la personalidad obsesivo-compulsiva, cuando no son llevadas al extremo, son adaptativas y reforzantes para los individuos en muchos aspectos del campo laboral en nuestra sociedad occidental. Por ello, salvo en casos de clara ineficacia o excesivo estrés en el trabajo, será difícil la modificación de esas características cuando en la vida real son frecuentemente reforzadas.

Turkat (1990) encuentra este trastorno de la personalidad difícil de tratar. Beck y Freeman (1990) y Freeman *et al.* (1990) presentan una intervención cognitiva para los sujetos con un TOCP. Estos últimos autores señalan que es importante comenzar la terapia clarificando los objetivos del paciente y tratando de identificar metas de tratamiento aceptables para paciente y terapeuta. A menudo, «aumentar la eficacia» puede ser un objetivo inicial prometedor. El terapeuta debe considerar también el patrón rígido de vida del sujeto con un TOCP, ya que esta rigidez suele causar importantes problemas psicológicos en el individuo. Pero a pesar de esa rigidez, el paciente suele carecer de estructura. Su pensamiento y habla están desorganizados, cuando se enfrenta a tareas múltiples se encuentra abrumado a causa de su falta de habilidades para dar prioridades, manejar el tiempo y solucionar problemas. La terapia cognitiva tiene que ayudar al paciente a sustituir su rigidez por estructura. Igualmente, tiene que ayudarlo a eliminar su temor a cometer errores, ya que esto le impide muchas veces abordar nuevas tareas y situaciones y cambiar comportamientos habituales desadaptativos por otros nuevos más adaptativos.

Una de las primeras técnicas a utilizar con el sujeto con un TOCP es la solución de problemas. Este procedimiento suele ser atractivo para este tipo de individuos y, por medio de él, se puede empezar a trabajar y modificar algunos comportamientos rígidos del paciente. En las etapas iniciales del tratamiento se debe abordar también el pensamiento dicotómico del sujeto, ya que el perfeccionismo, la rigidez compulsiva, el deseo de tener el control y muchas otras características problemáticas se encuentran aumentadas por su pensamiento dicotómico (Freeman *et al.*, 1990). Estos autores señalan algunos procedimientos a utilizar con el 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.
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 empatía del paciente, dada la tendencia de éste a prestar poco atención a sus emociones y a las emociones de los demás. Ese aumento de empatía le ayudará a resolver aspectos problemáticos de sus relaciones interpersonales.



Al final de la terapia se planifica la prevención de las recaídas, incluyendo sesiones de apoyo programadas de antemano si el terapeuta lo considera necesario. En la Tabla 11 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

**Tabla 11**

Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

*Parte de sus características son adaptativas si no se llevan al extremo*

- Aumento de la eficacia
- Manejo del tiempo y solución de problemas
- Modificación del pensamiento dicotómico
- 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

## Conclusión

A lo largo de este artículo hemos visto algunos enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2000). Aunque el movimiento conductual o cognitivo-conductual olvidó durante mucho tiempo esta área clínica, últimamente para haber un renovado interés en la investigación, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad. Pocos de los procedimientos de tratamiento expuestos en las páginas anteriores han tenido una comprobación empírica sobre su eficacia. En cierta manera, la característica básica de terapia breve y limitada en el tiempo típica de las terapias conductuales debe extenderse en el tiempo cuando se tiene que abordar este campo especial de los trastornos de la personalidad. Los próximos años nos deberán proporcionar una confirmación empírica sobre la utilidad y eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad y verificar si determinadas combinaciones de las técnicas cognitivas y conductuales que poseemos hoy día es suficiente, o si por el contrario se necesitan nuevos procedimientos para la intervención en este campo. Aunque todavía es necesaria mucha investigación y muchos estudios empíricos, esperamos que el atractivo de esta área de la salud mental atraiga el interés y el esfuerzo de los investigadores y los clínicos.

## Referencias

- Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 756-764.
- Alden, L. E. (en prensa). Tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En V. E. Caballo (dir.), *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición -Texto revisado* (DSM-IV-TR). Washington: APA.
- Aramburú, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual, 4*, 123-139.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. E. (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.
- Caballo, V. E., Andres, V. y Bas, F. (1997). Fobia social. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1* (pp. 25-86). Madrid: Siglo XXI.
- 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.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Horowitz, M. J. (1995). Histrionic personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders, 2ª edición* (pp. 2311-2327). Washington: American Psychiatric Press.
- Kalus, O., Bernstein, D. P. y Siever, L. J. (1995). Schizoid personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 58-70). Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders, 1*, 328-333.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suárez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. y Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971-974.
- 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. 1* (pp. 299-331). Madrid: Siglo XXI.
- Meloy, J. R. (1995). Antisocial personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders, 2ª edición* (pp. 2273-2290). Washington: American Psychiatric Press.
- Overholser, J. C. y Fine, M. A. (1994). Cognitive behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 8*, 55-70.

- 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.
- Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Rice, M., Harris, G. y Cormier, C. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.
- Robinson, D. J. (1999). *Field guide to personality disorders*. Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.
- Scott, E. M. (1989). Hypnosis: Emotions from the tin man (the schizoid personality). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 204-208.
- Sutherland, S. M. y Frances, A. (1995). Avoidant personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders*, 2ª edición (pp. 2345-2355). Washington: American Psychiatric Press.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Stone, M. (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 576-589.
- Turkat, I. D. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. Nueva York: Pergamon.
- Turner, R. M. (1989). Case study evaluation of a bio-cognitive-behavioral approach for the treatment of borderline personality disorders. *Behavior Therapy*, 20, 477-489.
- Turner, R. M. (1993). Dynamic-cognitive behavior therapy. En T. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 437-454). Nueva York: Plenum.
- Turner, R. M. (1994). Borderline, narcissistic and histrionic personality disorders. En M. Hersen y R. T. Ammerman (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 393-420). Nueva York: Plenum.
- Tutek, A. A. y Linehan, M. M. (1993). Comparative treatments for borderline personality disorder. En T. R. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 355-378). Nueva York: Plenum.
- Wessler, R. L. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1, 35-50.
- Wessler, R. L. (en prensa). El tratamiento de algunos trastornos de la personalidad por medio de la terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1991). La terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 555-579). Madrid: Siglo XXI.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

# EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y DE LA SALUD

Esta sección estará dedicada a toda aquella información científica que sea de interés para el psicólogo clínico y de la salud desde una perspectiva conductual (o cognitivoconductual). Ejemplo de este tipo de información sería casos de tratamiento descritos de forma sistemática, artículos novedosos que aporten aspectos de interés pero que no sean considerados en la sección normal de la revista a causa de algún aspecto (nº escaso de sujetos, brevedad del mismo, etc.) cartas a la dirección de la revista sobre asuntos profesionales y/o de investigación, noticias de especial interés para las personas que trabajan e investigan en psicología clínica, entrevistas a personajes relevantes de la psicología conductual, reseñas de libros, etc. En la parte dedicada a *Noticias sobre reuniones científicas* que siguen a esta sección, se considerarán congresos, symposia, masters, cursos y/o reuniones científicas que sirvan para apoyar y extender la psicología clínica y/o psicología de la salud desde una posición conductual o cognitivo-conductual.

También se listarán en un espacio dedicado expresamente a ello los libros y revistas recibidos por la revista y que sean de interés para el psicólogo conductual (o cognitivoconductual).

Toda la comunicación referente a esta sección habrá de dirigirse a la siguiente dirección:

*Psicología Conductual*, Apartado de Correos 1245, 18080 Granada (España).