

AVANCES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD¹

Enrique Echeburúa
Paz de Corral

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se presenta una revisión de los principales aspectos implicados en los trastornos de personalidad. Se describen las características psicopatológicas de estos cuadros clínicos a la luz de los nuevos desarrollos habidos en el campo de la psicología clínica. Se exponen los principales programas de intervención, así como los resultados obtenidos con ellos. Por último, se comentan las implicaciones de estos estudios para la práctica clínica y para el avance en la investigación.

Palabras clave: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. TRATAMIENTO. NUEVOS DESARROLLOS.

Correspondencia: Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián.
E-mail: ptpodece@ss.ehu.es

¹ Este trabajo se ha presentado en la II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (Murcia, 1999).

SUMMARY

The aim of this paper was to review the current knowledge about the treatment of personality disorders. This clinical phenomenon is conceptualized in the field of new developments of clinical psychology and the psychopathological features are analyzed. Moreover the main therapeutic strategies are described and the results of therapeutic studies are exposed. Finally implications for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key-words: PERSONALITY DISORDERS. TREATMENT. NEW DEVELOPMENTS.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad suscitan un interés cada vez mayor. A nivel psicopatológico, el eje II del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) está dedicado casi en exclusiva a ellos, en parte por su alta prevalencia y en parte por su comorbilidad con otros trastornos; y a nivel forense y popular, la preocupación creciente por las conductas violentas los ha traído al primer plano de la actualidad.

Los avances de la psicopatología en las últimas décadas en la conceptualización de los trastornos mentales no han ido paralelos con el conocimiento de los trastornos de personalidad, que forman un grupo nosológico un tanto evanescente. El nombre mismo propuesto para algunos de éstos (*histriónico, narcisista, límite, etc.*) adolece de connotaciones muy psicodinámicas y literarias, cuando no estrictamente subjetivas, y alude a un determinismo intrapsíquico que encubre lo que es más directamente observable: una inadecuada adaptación persona-ambiente (Avia, 1989; Echeburúa, 1994).

No es aventurado afirmar que lo que se conoce de este tipo de trastornos es aún escaso y poco preciso y, por ello, el desarrollo de las técnicas de intervención es asimismo muy precario (Lemos, 1995; Millon, 1996).

Los trastornos de personalidad generan un deterioro psicológico importante, pero, sin embargo, no han recibido mucha atención

terapéutica. La distinción llevada a cabo por vez primera en fechas recientes por el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) entre los trastornos del eje I (trastornos mentales) y los del eje II (trastornos de personalidad) ha contribuido a poner el acento del tratamiento también en estos últimos.

En cualquier caso, el diagnóstico de trastorno de la personalidad se ha hecho más relevante cuando la psicología clínica ha prestado más atención a los pacientes ambulatorios que a los hospitalizados y cuando los problemas psicopatológicos derivados de relaciones interpersonales conflictivas han entrado en el campo de la atención clínica (Medina y Moreno, 1998).

2. PERSONALIDADES NORMALES Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Las dimensiones de personalidad normales representan pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo y con uno mismo y se manifiestan en un amplio abanico de situaciones cotidianas importantes (Pelechano, De Miguel y Hernández, 1995).

Los trastornos de personalidad, por el contrario, se corresponden con pautas inflexibles y no adaptativas y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales), a una dificultad en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas y, en último término, a un aumento en el malestar subjetivo (Sarason y Sarason, 1996; Vázquez, Ring y Avia, 1990).

Hay tres características, de corte claramente darwiniano, que diferencian a las personalidades normales de los trastornos de personalidad (Millon, 1996; Millon y Davis, 1998):

a) La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.

b) La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social. De hecho, la transición de la personalidad normal al trastorno de personalidad se produce cuando una persona deja de ser peculiar para convertirse en molesta para los demás.

c) La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

En suma, las alteraciones se manifiestan en los siguientes ámbitos (Jourard y Landsman, 1987; Bernardo y Roca, 1998): a) forma

de percibir e interpretarse a uno mismo, los demás y los acontecimientos; b) afectos; c) actividad interpersonal; y d) control de los impulsos.

3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ENFERMEDADES MENTALES

Los trastornos de personalidad se diferencian de las enfermedades mentales básicamente en cuatro aspectos (Millon y Everly, 1994; Vázquez *et al.*, 1990):

a) Son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada.

b) Reflejan alteraciones más globales de la persona y están menos circunscritas a unos síntomas concretos.

c) Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.

d) Son, por todo ello, menos «cambiables».

Los trastornos de personalidad son duraderos y describen la conducta habitual de una persona. Estos trastornos tienen un comienzo insidioso: normalmente comienzan a ser detectables desde la adolescencia e incluso antes.

No son propiamente *enfermedades mentales*, como las neurosis o las psicosis. En los trastornos de personalidad se manifiesta la existencia de un contacto con la realidad, pero, por el contrario, no existe habitualmente una conciencia de enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1.- Alteraciones psicopatológicas

	CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	CONTACTO CON LA REALIDAD
Neurosis	Sí	Sí
Psicosis	No	No
Trastornos de personalidad	No	Sí

4. CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

a) Clasificación

Según el *DSM-IV* (APA, 1994), hay diez trastornos de personalidad, agrupados en tres grandes tipos, y dos categorías provisionales que están siendo objeto de estudio (el trastorno depresivo y el trastorno pasivo-agresivo) (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996) (Tablas 2, 3 y 4).

Tabla 2.- *DSM-IV*: Grupo A. Sujetos raros y excéntricos. (Valdés, 1998, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno paranoide	Desconfianza excesiva e injustificada. Susplicacia. Hipersensibilidad. Restricción afectiva.	INDEPENDIENTES INTROVERTIDOS
Trastorno esquizoide	Dificultad para las relaciones sociales. Ausencia de sentimientos cálidos. Indiferencia a la valoración y a los sentimientos ajenos.	MAL SOCIALIZADOS
Trastorno esquizo-típico	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de esquizofrenia.	INESTABLES EMOCIONALMENTE

No obstante, las diez categorías propuestas cuentan aún con escaso apoyo empírico y tienen un cierto carácter arbitrario. ¿Por qué no figuran, sin embargo, algunas otras categorías, con un cierto apoyo empírico, como la *personalidad coronaria* (el patrón de conducta de Tipo A) o la *personalidad predispuesta a padecer enfermedades*?

Tabla 3.- DSM-IV: Grupo B. Sujetos inmaduros. (Valdés, 1998, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno histriónico	Conducta reactiva, expresada intensamente y con teatralidad. Egocentrismo y manipulación de los demás.	DEPENDIENTES EXTROVERTIDOS
Trastorno narcisista	Sentimiento de grandiosidad. Fantasías de éxito. Necesidad exhibicionista de admiración. Explotación de los demás.	MAL SOCIALIZADOS
Trastorno antisocial	Conducta antisocial continua y crónica. Agresividad. Inicio antes de los 15 años y persistencia en la vida adulta.	INESTABLES EMOCIONALMENTE
Trastorno límite	Inestabilidad en el estado de ánimo, en la identidad, en la autoimagen y en la conducta interpersonal.	

Tabla 4.- DSM-IV: Grupo C. Sujetos temerosos (Valdés, 1998, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno por evitación	Hipersensibilidad al rechazo y a la humillación. Retraimiento social no deseado. Baja autoestima.	DEPENDIENTES INTROVERTIDOS
Trastorno por dependencia	Dejación a los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de autoconfianza.	MAL SOCIALIZADOS
Trastorno obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo. Rigidez. Indecisión. Excesiva dedicación al trabajo. Dificultad para expresar emociones.	INESTABLES EMOCIONALMENTE

La escasa fiabilidad de los trastornos de personalidad se debe a que son frecuentemente estados límites con la normalidad (?en qué momento la impulsividad, las relaciones inestables y la indecisión rebasan el umbral clínico?) y a que presentan problemas de solapamientos entre sí y con los trastornos del Eje I (por ejemplo, entre el *trastorno depresivo de la personalidad* y la *distimia*; entre la *personalidad por evitación* y la *fobia social de tipo generalizado*; o entre el *trastorno esquizotípico* y la *esquizofrenia*).

La frecuente comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos mentales puede darse porque el trastorno de personalidad actúa como un factor predisponente del trastorno mental o porque el trastorno de personalidad es una secuela residual del trastorno mental (Medina y Moreno, 1998). En cualquier caso, los trastornos de personalidad aparecen frecuentemente asociados a problemas de conducta que tienen mucha importancia en la clínica diaria (Dowson y Grounds, 1995). Una relación de los más frecuentes figura en la tabla 5.

Tabla 5.- Problemas de conducta frecuentes en los trastornos de personalidad (Caballero, 1998, modificado)

PROBLEMA DE CONDUCTA	TRASTORNO IMPLICADO
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno antisocial • Trastorno límite • Trastorno paranoide
Suicidio y autoagresión	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno límite
Somatizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno histriónico • Trastorno obsesivo
Toxicomanía	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno antisocial • Trastorno límite • Trastorno narcisista

El solapamiento entre los trastornos de personalidad es muy alto. Por una parte, algunos síntomas, como el aislamiento social, son comunes a diversos trastornos de personalidad (el *evitativo*, el *esquizoide* y el *esquizotípico*). Por otra, no deja de ser preocupante, desde una perspectiva psicopatológica, que las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados con un trastorno de personalidad lo sean también de otro (Medina y Moreno, 1998; Vázquez *et al.*, 1990).

Quizá todo ello explique la escasa relación existente en la actualidad entre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de los trastornos de personalidad (Jacobsberg, Goldsmith, Widiger y Frances, 1991).

b) Epidemiología

La indefinición de estos trastornos, la falta de homogeneidad de las poblaciones estudiadas y la ausencia hasta la fecha de unos instrumentos de evaluación adecuados explican la ausencia de datos epidemiológicos fiables. La frecuencia es, sin embargo, alta. Las personas aquejadas de este tipo de trastornos pueden suponer el 6-12% de la población general y el 20-40% de los pacientes vistos en la práctica psiquiátrica ambulatoria, con un ligero predominio de mujeres (Girolamo y Reich, 1996) (Figuras 1 y 2). Los trastornos específicos con mayor tasa de prevalencia son el límite, el de dependencia, el de evitación y el esquizotípico (Tabla 6).

5. ¿SE PUEDEN Y DEBEN TRATAR LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD?

El diagnóstico de *trastorno de la personalidad* conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Las personas aquejadas de estos trastornos son percibidas como manipuladoras, buscadoras de atención, molestas, no mentalmente enfermas, con capacidad para controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico (Sue, Sue y Stanley, 1996; Valdés, 1998).

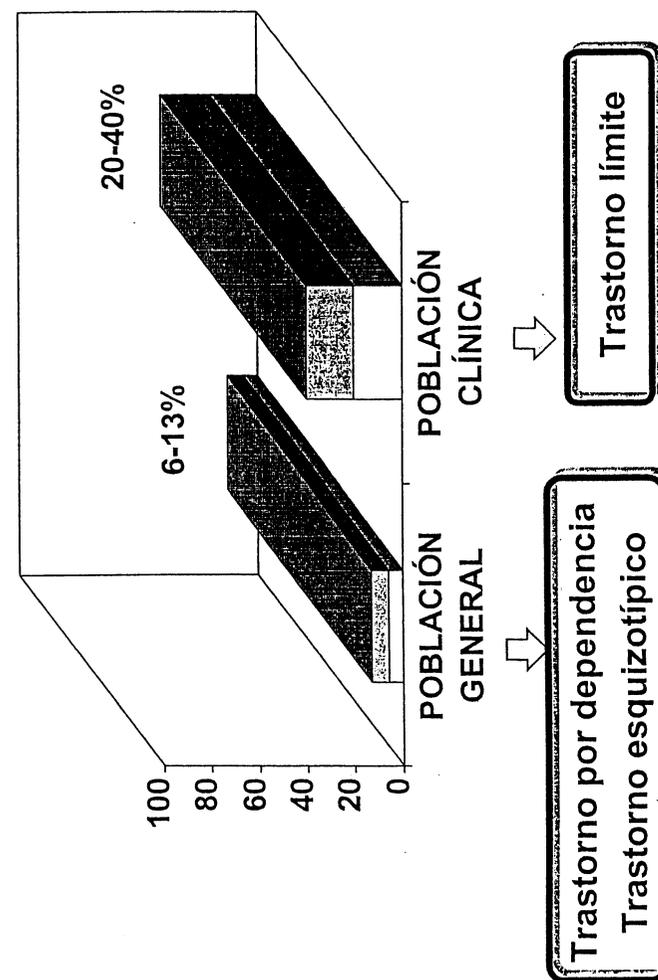


Figura 1.- Epidemiología de los trastornos de personalidad

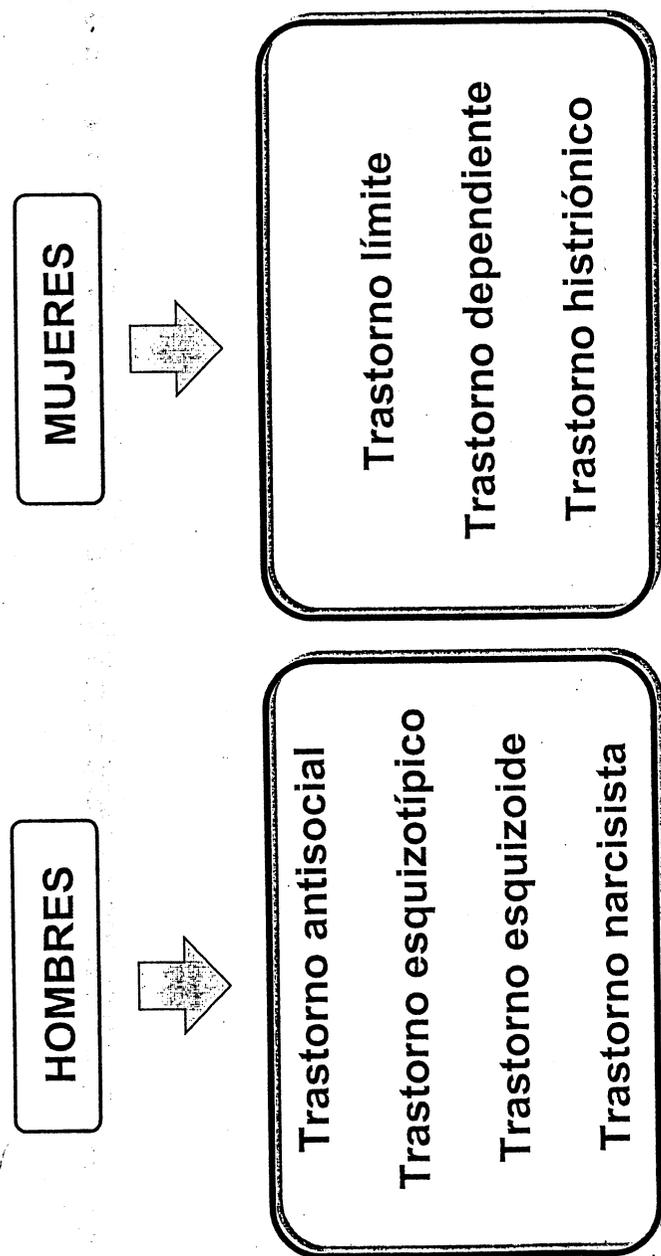


Figura 2.- Trastornos de personalidad y sexo

Tabla 6.- Tasas de prevalencia en función del tipo de trastorno de la personalidad

Tipología	Trastornos de personalidad	Población normal	Muestras clínicas
A Raros y excéntricos	T. paranoide	0,5%-2,5%	10%-30%
	T. esquizoide	0,5%-4,5%	1,4%-16%
	T. esquizotípico	3%-5%	2%-20%
B Inmaduros	T. histriónico	2%-3%	2%-15%
	T. narcisista	<1%	2%-16%
	T. antisocial	1%-3%	3%-30%
	T. límite	2%-3%	10%-40%
C Temerosos	T. por evitación	0,5%-1%	10%
	T. por dependencia	15%	2%-22%
	T. obsesivo-compulsivo	1%	3%-10%

Por ello, se las considera con un cierto *control voluntario* sobre sus conductas y, por tanto, *responsables* de las mismas. De este modo, Lewis y Appleby (1988) han definido a los pacientes con trastornos de personalidad como «los pacientes que desagradan a los psiquiatras».

Pese a todo, la necesidad de tratamiento de los trastornos de personalidad es irrenunciable por las siguientes razones (Delgado, González, Moreno, Pérez, Ponte y Sierra, 1994):

- Las personas afectadas sufren por ello.
- Pueden hacer daño a otras personas, o hacerse daño a sí mismos, y pueden convertirse en padres contraproducentes para sus hijos.

c. Se trata de trastornos tratables e incluso (parcialmente) curables.

La búsqueda de soluciones resulta, por tanto, insoslayable. La mejor conceptualización psicopatológica de estos trastornos, como se pone de relieve en el mayor grado de acuerdo de las últimas versiones de la *CIE* y del *DSM*, y la disponibilidad de instrumentos de evaluación utilizables en la clínica cotidiana han contribuido a generar un cierto optimismo terapéutico.

Los objetivos básicos del tratamiento figuran expuestos en la tabla 7.

Tabla 7.- Objetivos terapéuticos en el tratamiento de los trastornos de personalidad (Caballero, 1998)

<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los síntomas • Control de las agresiones <ul style="list-style-type: none"> •• Autoagresiones •• Heteroagresiones • Evitación del deterioro funcional

No todos los trastornos de personalidad responden de la misma manera al tratamiento. Con algunos de ellos, como el dependiente, el evitador y el obsesivo, se obtienen resultados esperanzadores; otros, por el contrario, como el paranoide, el esquizoide y el antisocial, son mucho más rebeldes a la terapia (Bernardo y Roca, 1998).

6. TRATAMIENTO CONDUCTUAL-COGNITIVO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La terapia de conducta ha estado centrada fundamentalmente en los trastornos del *eje I*. De los trastornos de personalidad se ha

ocupado fundamentalmente el psicoanálisis, que ha hecho propuestas sobre el origen y tratamiento de este tipo de problemas.

El progresivo acercamiento de la terapia de conducta a los trastornos de personalidad en la década de los 90 (*cfr.* Beck y Freeman, 1995) se explica por dos razones:

- a) La evidencia acumulada por los clínicos sobre la dificultad de producir o mantener cambios en estados emocionales (ansiedad, depresión, etc.) cuando figuran de forma subyacente pautas de conducta inadaptativas relativamente estables que no se deben ni pueden ignorar.
- b) El mayor desarrollo explicativo de modelos sobre la organización cognitiva humana y su influencia en la conducta (por ejemplo, procesamiento de la información, constructivismo, etc.).

En el tratamiento de estos problemas han predominado los enfoques más cognitivos de la terapia de conducta (Tabla 8). En concreto, los diferentes puntos en común de las diferentes terapias cognitivas son los siguientes (Wessler, 1993):

- a) Inclusión de procesos no conscientes. No se trata de aceptar el inconsciente freudiano, pero sí procesos encubiertos que operan habitualmente fuera de nuestra conciencia, como las cogniciones (Beck), los esquemas (Young) y las reglas personales.
- b) Énfasis en los procesos interpersonales (Safran).
- c) Interés por los procesos emocionales (Wessler), que actúan en interdependencia con la cognición, como se ha puesto de relieve en las propuestas terapéuticas de Safran, Young y Wessler.
- d) Importancia de la relación terapéutica. En la terapia cognitiva de Beck se trataba de una serie de técnicas para examinar y corregir los pensamientos, en donde la relación terapeuta-paciente era secundaria. En estas terapias, por el contrario, la tarea del terapeuta es fundamental: encontrar evidencia a partir de la cual inferir procesos y contenidos no conscientes, atender a la conducta interpersonal que tiene lugar dentro de la sesión y provocar experiencias emocionales.

No obstante, algunas terapias cognitivas no son propiamente tales. Las técnicas utilizadas, además de cognitivas, son conductuales, emocionales e interpersonales. Por otra parte, los objetivos de cambio

Tabla 8.- Terapias cognitivo-conductuales en los trastornos de personalidad

TERAPIAS PROPUESTAS	AUTORES
Terapia cognitiva	Beck y Freeman, 1995
Terapia cognitiva centrada en los esquemas	Young, 1990
Terapia cognitivo-interpersonal	Safran, 1992
Terapia de valoración cognitiva	Wessler y Hankin-Wessler, 1991
Terapia de conducta dialéctica ¹	Linehan, 1993

¹ Este programa de intervención se ha aplicado específicamente al trastorno límite de la personalidad.

Tabla 9.- Técnicas terapéuticas utilizadas en los trastornos específicos de personalidad (1)

GRUPO A. SUJETOS RAROS Y EXCÉNTRICOS	
Trastornos	Técnicas
Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de una relación terapéutica cálida • Reducción de la sensibilidad del paciente ante las críticas. • Entrenamiento en habilidades sociales.
Esquizoide	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición graduada a tareas sociales. • Entrenamiento en habilidades sociales.
Esquizotípico	<ul style="list-style-type: none"> • Control del estrés. • Entrenamiento en solución de problemas. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Establecimiento de conductas-objetivo.

Tabla 10.- Técnicas terapéuticas utilizadas en los trastornos específicos de personalidad (2)

GRUPO B. SUJETOS INMADUROS	
Trastornos	Técnicas
Antisocial	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en conductas prosociales. • Estrategias de control de la ira y de los impulsos. • Entrenamiento en solución de problemas.
Límite	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de control de los impulsos. • Entrenamiento en habilidades de comunicación. • Entrenamiento en solución de problemas. • Regulación de emociones.
Histriónico	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la empatía. • Entrenamiento en habilidades de comunicación. • Regulación de emociones. • Sometimiento de las conductas seductoras al control del yo.
Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la empatía. • Entrenamiento en habilidades de comunicación. • Cambio de las distorsiones cognitivas sobre uno mismo.

son básicamente conductuales. En realidad, sólo es cognitivo el modelo o la teoría, pero, incluso desde esta perspectiva, la cognición no es sino un elemento más de un sistema interdependiente de pensamientos, emociones y conductas (impersonales e interpersonales).

Los aspectos más concretos del tratamiento de los trastornos específicos de personalidad figuran expuestos en las tablas 9-11.

Tabla 11.- Técnicas terapéuticas utilizadas en los trastornos específicos de personalidad (y 3)

GRUPO C. SUJETOS TEMEROSOS	
Trastornos	Técnicas
Evitador	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición gradual a las conductas evitadas. • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Mejora de la autoestima.
Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia limitada en el tiempo. • Mejora de la autoestima y fomento de la autonomía. • Entrenamiento en solución de problemas. • Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.
Obsesivo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la empatía y de la expresión emocional. • Clarificación de objetivos. Toma de decisiones. • Eliminación del temor a cometer errores y acomodación de la realidad a las expectativas. • Entrenamiento en solución de problemas y programación de actividades.

a) Terapia cognitiva de Beck y Freeman

Esquemas cognitivos en la configuración de la personalidad

Según Beck y Freeman (1995), que, por otra parte, no han intentado desarrollar una teoría sistemática de la personalidad, las pautas habituales de pensamiento se denominan *esquemas cognitivos*. De ellos dependen no sólo los síntomas emocionales (ansiedad, depresión, etc.), sino también estilos de comportamiento relativamente estables.

Según el enfoque cognitivo, hay que identificar los *esquemas nucleares* -origen de las pautas de conducta disfuncionales-, pero,

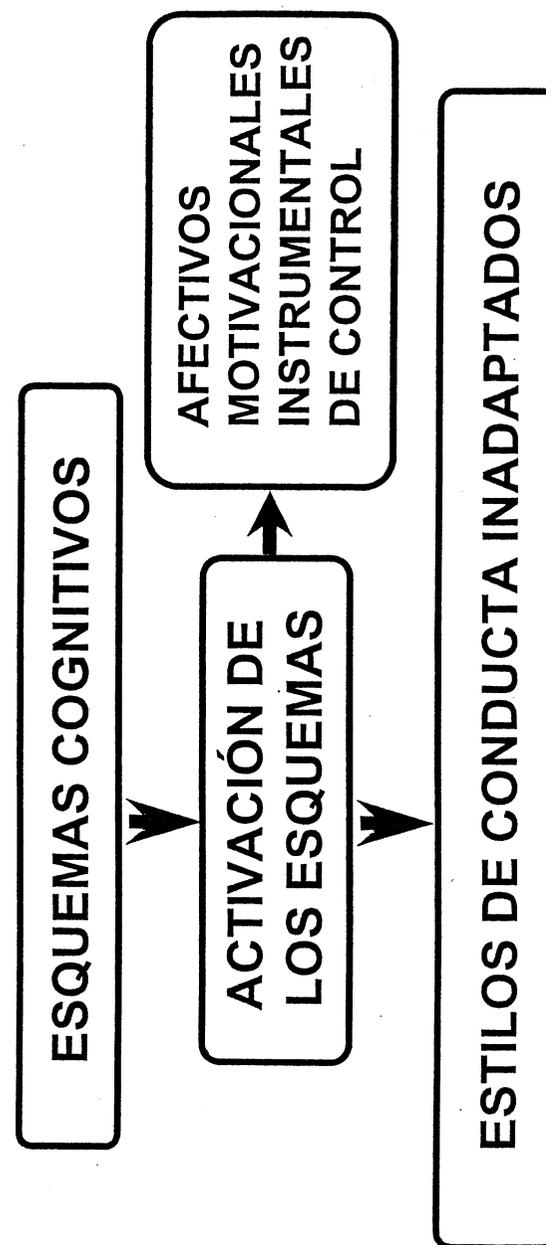


Figura 3.- Esquemas cognitivos y pautas de conducta disfuncionales en los trastornos de personalidad (Beck y Freeman)

a diferencia de lo postulado por el psicoanálisis, son fácilmente accesibles a la conciencia con el entrenamiento adecuado. Al ser los esquemas estructuras inferidas, una persona puede no darse cuenta de sus propios esquemas ni de cómo operan en el procesamiento de la información (Caballo, 1998).

Los esquemas son las unidades fundamentales de las que dependen los patrones cognitivos, afectivos y motivacionales idiosincrásicos y relativamente estables que se denominan *personalidad*, que es resultado del temperamento y de la interacción con el medio.

Los esquemas se aprenden durante la infancia y luego se autoperciben sesgando las interpretaciones de las experiencias posteriores.

Los esquemas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) *Esquemas cognitivos*: asignan significado a los estímulos.
- b) *Esquemas afectivos*: son responsables de la generación de sentimientos.
- c) *Esquemas motivacionales*: están relacionados con los deseos.
- d) *Esquemas instrumentales*: preparan para la acción.
- e) *Esquemas de control*: están involucrados en la inhibición o dirección de las acciones.

Todos estos esquemas están interrelacionados según la secuencia expuesta en la *figura 3*.

Un esquema particular puede situarse en el continuo de dos dimensiones, que van desde lo *activo* (hipervalente o valente) a lo *inactivo* (reposeo o latente) y desde lo *impermeable* a lo *modificable*.

En los pacientes con trastornos de personalidad, sus esquemas nucleares se sitúan más en los polos activos e impermeables que en las personas sin este tipo de trastornos, están muy generalizados, tienen un carácter más compulsivo y son más resistentes al cambio. Es más difícil de tratar la hipervalencia y la falta de permeabilidad que el contenido específico de los esquemas (Ruiz, 1998).

Cada trastorno de personalidad presenta un perfil cognitivo específico. Queda excluido, sin embargo, el trastorno límite debido a que su contenido es menos específico que el de otros trastornos. A modo de ejemplo, figuran en la *tabla 12* los perfiles correspondientes a la personalidad dependiente y obsesiva.

Tabla 12.- Perfiles cognitivos de los trastornos de la personalidad dependiente y obsesiva (Beck y Freeman, 1995, modificado)

PERSONALIDAD DEPENDIENTE	
Concepción de sí mismo	• Desvalido
Concepción de los demás	• Fuertes y seguros de sí mismos
Creencias	• «Soy débil y necesito de los demás» • «Sólo puedo funcionar si tengo alguien a mi lado»
Estrategia	• Relación de dependencia con personas seguras
Afecto	• Disforia •• ansiedad ante la posibilidad de rechazo o abandono •• tristeza por la pérdida de la pareja
PERSONALIDAD OBSESIVA	
Concepción de sí mismo	• Muy responsable de sí mismo y de los otros
Concepción de los demás	• Despreocupados e irresponsables
Creencias	• «Los errores son intolerables» • «La pérdida de control es una catástrofe»
Estrategia	• Perfeccionismo
Afecto	• Remordimientos y sentimientos de culpa • Ansiedad por no alcanzar las metas establecidas.

Sugerencias de tratamiento

El enfoque de Beck es multidimensional, pero con la atención puesta principalmente en la cognición.

El cambio de los esquemas y creencias, al estar vinculados al autoconcepto y ser desarrollados en la primera infancia, requieren mucho más esfuerzo y tiempo de tratamiento que los requeridos en la depresión o en los trastornos de ansiedad.

La relación terapéutica es un aspecto crucial en los trastornos de personalidad. En estos casos el «arte» del terapeuta puede tener más peso a la hora de utilizar qué técnicas, en qué momentos del proceso y según con qué persona que en el caso de los trastornos mentales.

Las principales técnicas utilizadas son las siguientes (Ruiz, 1998):

a) *Técnicas experienciales*, tales como evocación y visualización dirigida, para revisar el material de la niñez donde se sitúa el origen de las pautas inadaptadas y de los esquemas nucleares que subyacen a las mismas. Objetivos: catarsis emocional, detección de las creencias nucleares patógenas y cambio de actitudes y creencias.

b) *Técnicas cognitivas*: detección de pensamientos automáticos y de distorsiones cognitivas; reatribución o asignación de responsabilidad por acciones y resultados; análisis de las ventajas y desventajas de mantener creencias y patrones disfuncionales; entrenamiento en resolución de problemas en situaciones reales que permitan neutralizar estrategias desadaptativas, ampliar el repertorio de habilidades de afrontamiento y, con ello, mejorar el autoconcepto.

c) *Técnicas conductuales*: técnicas de relajación y de exposición; técnicas de dramatización («*role-playing*», modelado, ensayos de conducta, etc.) con los siguientes objetivos:

- suscitar situaciones con una fuerte carga emocional.
- cambiar las creencias disfuncionales o los esquemas nucleares asociados.
- superar inhibiciones o mejorar los niveles de asertividad.
- modelar conductas más adecuadas, enseñar al paciente a visualizar el punto de vista de la otra persona y facilitar el entrenamiento en empatía.

Técnicas conductuales en trastornos concretos: asertividad (*personalidades dependientes*) y exposición (*personalidades evitadoras*).

La terapia cognitiva en los trastornos de personalidad requiere mucho más tiempo -más de 1 año frecuentemente- que la necesitada

en los trastornos del eje I. Cabe, en caso contrario, el riesgo, derivado de la impaciencia del terapeuta, de calificar como *resistentes* a pacientes que siguen el curso lógico de su trastorno (Wessler, 1993).

La eficacia de la terapia cognitiva -bien documentada en el trastorno evitativo- no está tan confirmada en el abordaje de los trastornos de personalidad como en otros cuadros clínicos del eje I (Caballero, 1998).

b) Terapia cognitiva centrada en los esquemas (Young)

Mientras Beck y Freeman (1995) se centran en los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y suposiciones subyacentes, Young (1990) propone actuar sobre el nivel más profundo de la cognición: los *esquemas desadaptativos tempranos*.

Este tipo de esquemas son extremadamente estables y duraderos, se refieren a uno mismo y a las relaciones con los demás, se desarrollan durante la infancia y sirven, al contar con una fuerte carga afectiva, como directrices para el procesamiento de la experiencia posterior. Los más significativos son los siguientes: el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional.

• *Desarrollo de los esquemas*. Estos esquemas son desadaptativos y parecen provenir más de experiencias disfuncionales con los primeros agentes socializantes (padres, hermanos, profesores, etc.) que de sucesos traumáticos aislados. Generan emociones perturbadoras, así como patrones de autoderrotismo y daño a los demás.

Al desarrollarse de forma temprana, forman el núcleo del autoconcepto de una persona y de su concepto del entorno y son muy resistentes al cambio. No es raro, por ello, que el sujeto distorsione la información para mantener la validez del esquema (Caballo, 1998).

• *Mantenimiento de los esquemas*. Los trastornos de personalidad son muy difíciles de cambiar: los esquemas se mantienen por distorsiones cognitivas de la realidad y por conductas autoderrotistas. El proceso es circular: los esquemas «dirigen» a la conducta y se mantienen por los resultados de la conducta.

• **Evitación de los esquemas.** Al generar los esquemas emociones negativas (ansiedad, tristeza o ira) en un grado intenso, los sujetos pueden desarrollar estrategias, más o menos conscientes o más o menos automáticas, de evitación, a *nivel cognitivo* (bloquear los pensamientos desencadenantes del esquema), a *nivel afectivo* (paralizar los sentimientos suscitadores del esquema) y a *nivel conductual* (evitar las situaciones generadoras de esquemas dolorosos). De este modo, al adoptarse esta estrategia evitadora, los esquemas no se cuestionan ni se pueden rectificar con experiencias vitales correctoras.

A diferencia del enfoque de Beck y Freeman (1995), Young (1990) no sigue las categorías del *DSM-IV*. El objetivo de la terapia es la modificación de los esquemas: autonomía deteriorada, desconexión, indeseabilidad, autoexpresión restringida y límites insuficientes.

El cambio de esquemas se realiza por medio de la identificación y la etiquetación, por parte del terapeuta, de los esquemas del paciente y por medio de su refutación. Asimismo el terapeuta se preocupa de mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes.

Las técnicas concretas -sumamente dispares y difíciles de integrar teóricamente- implicadas en este enfoque terapéutico figuran descritas en la *tabla 13*.

Tabla 13.- Terapia cognitiva centrada en los esquemas (Young, 1990)

TIPOS DE TÉCNICAS	PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS
Técnicas emotivas	<ul style="list-style-type: none"> • Catarsis emocional • Diálogos imaginarios con los padres del paciente
Técnicas interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Relación terapeuta-paciente intensa • Terapia de grupo
Técnicas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la evidencia empírica a favor de los esquemas • Cuestionamiento concreto de los esquemas en el momento de activación
Técnicas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a las conductas evitadas • Cambio del entorno del paciente

c) La terapia cognitivo-interpersonal (Safran)

Los esquemas de los que hablan Beck y Freeman y Young son, principalmente, de naturaleza interpersonal. En el trabajo de Safran y McMain (1992), influido por Sullivan y Bowlby, se halla representada una síntesis de los enfoques cognitivos y de relaciones interpersonales referidos a los trastornos de personalidad. En concreto, las experiencias evolutivas desadaptativas pueden llevar al desarrollo de esquemas interpersonales que van a resultar disfuncionales en un futuro.

El mecanismo psicopatológico implicado, según este modelo, en los trastornos de personalidad queda reflejado en la *figura 4*. Los esquemas interpersonales restringidos y rígidos generan, a su vez, una distorsión en el procesamiento de la información emocional. Así, por ejemplo, si una persona asocia las conductas de intimidad a un rechazo por parte de los demás, va a tener dificultades para expresar sentimientos más íntimos de afecto, ternura o pena (Caballo, 1998).

La tarea de la terapia consiste en identificar y no confirmar los esquemas interpersonales disfuncionales, que pueden manifestarse de forma sutil. La actuación del terapeuta requiere la interrupción de los ciclos interpersonales autoderrotistas de un sujeto. Los terapeutas deberían ser más enérgicos con los estilos narcisista y compulsivo, y menos enérgicos con los estilos pasivo y dependiente.

d) La terapia de valoración cognitiva (Wessler y Hankin-Wessler)

La terapia de valoración cognitiva (Wessler y Hankin-Wessler, 1991) tiene ciertos rasgos en común con otras formas de terapia cognitiva, pero plantea un nuevo enfoque de la motivación y supone que la conducta está dirigida por las emociones en vez de por los esquemas.

La emoción influye sobre la cognición y puede llegar incluso a «capturarla». Un paciente triste puede predecir que va a pasar unas malas vacaciones, lo cual tiene a retroalimentar una sensación vaga de nostalgia y de autocompasión.

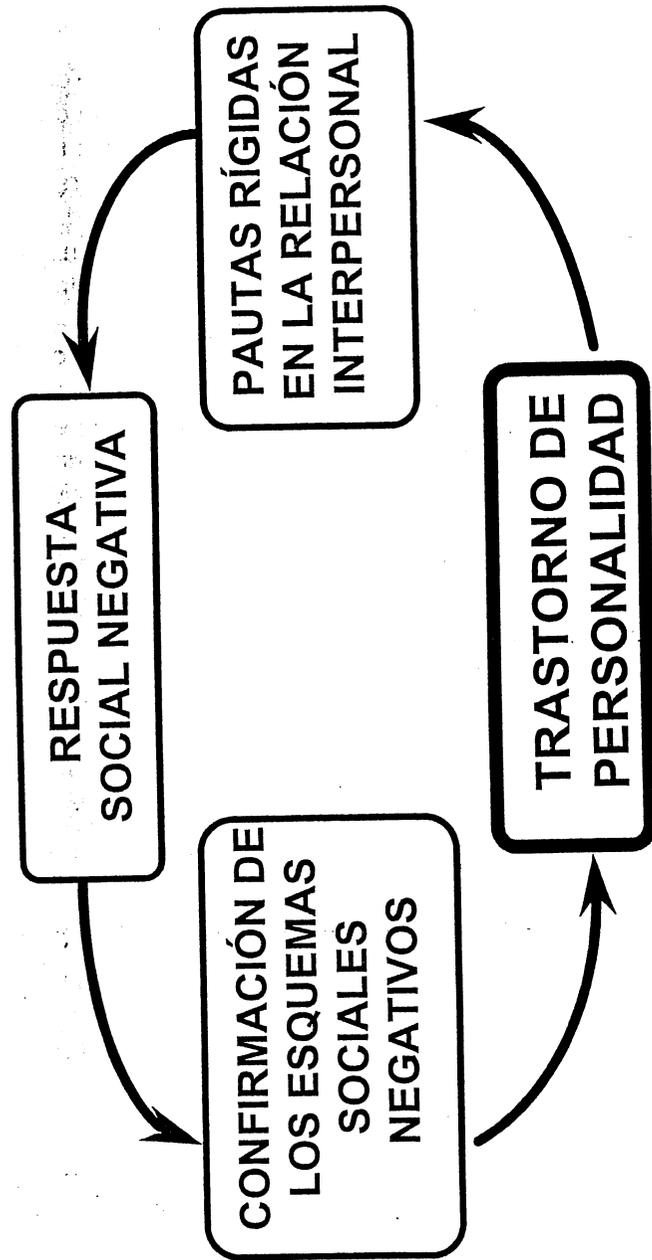


Figura 4.- Modelo de Safran y McMain (1992) de los trastornos de personalidad

Algunas emociones clave son, por ejemplo, la *vergüenza* (asociada con la inadecuación o los defectos personales) o la *auto-compasión* (cuando las personas piensan en ellas mismas como víctimas). En la autocompasión la vergüenza se traslada desde uno mismo hasta factores externos sobre los que la persona no tiene control. Estas emociones pueden incluso aliviar el estado de malestar subjetivo derivado de la ejecución de conductas descontroladas, como comer en exceso o implicarse en conductas adictivas

El éxito de la terapia requiere el establecimiento de una alianza terapéutica sólida. De hecho, las autorrevelaciones del terapeuta sobre sus propias vivencias contribuyen a neutralizar la vergüenza de los pacientes sobre ellos mismos. Los métodos terapéuticos propuestos, extraídos de otros enfoques cognitivos, son las autoinstrucciones y las técnicas cognitivas, según las sugerencias de Meichenbaum, Ellis y Beck.

e) Terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993)

Se ha diseñado específicamente para hacer frente a los comportamientos parasuicidas y al trastorno límite de personalidad (Linehan, 1993), en el que están presentes déficit cognitivo-conductuales de importancia, tanto en el área de las relaciones interpersonales como en el control de las emociones y en la capacidad para tolerar el sufrimiento.

Según el enfoque de Linehan (1993), la afectación de este trastorno surge en la infancia y deriva de una interacción entre la vulnerabilidad biológica (una alta reactividad emocional) y un entorno no facilitador de las expresiones emocionales.

Se establecen unos objetivos de la terapia específicos, ordenados jerárquicamente y divididos en tres categorías (Aramburu, 1996):

- Reducción de la conducta parasuicida y amenazante para la vida.
- Disminución de las conductas que interfieren negativamente en el proceso de la terapia.
- Reducción de las conductas (drogas, delitos, carencia de hábitos de trabajo, etc.) que perjudican seriamente a la calidad de vida.

El programa consta de dos partes: a) una terapia de grupo semanal de 2,5 horas, con un enfoque psicoeducativo y que está orientada a la adquisición de habilidades básicas (eficacia interpersonal, regulación de emociones, tolerancia ante el malestar y técnicas de autocontrol); y b) una terapia individual semanal de 1 hora, dirigida a la motivación y a la generalización de habilidades a las situaciones específicas del paciente, así como a la obtención de los objetivos individuales y a un aumento del respeto del paciente en sí mismo y de la confianza en sus propios recursos.

Las principales estrategias de tratamiento utilizadas son las siguientes:

- a) *Estrategias dialécticas*: combinación del cambio con la aceptación, así como modelado de comportamientos adecuados y cogniciones eficaces. Las técnicas específicas utilizadas son las siguientes: la paradoja, el «papel del diablo», extremar el significado de las expresiones, etc.
- b) *Estrategias centrales*: entrenamiento en solución de problemas.
- c) *Estrategias de estilo*: entrenamiento en habilidades de comunicación.
- d) *Estrategias de control*: intervención sobre el medio del paciente.

En resumen, se trata de una terapia específica y sistematizada, pero excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma. Tiene, sin embargo, la ventaja de ser el enfoque conductual evaluado más rigurosamente hasta la fecha en el ámbito de los trastornos de personalidad.

En una muestra relativamente homogénea de mujeres muy disfuncionales, las pacientes mostraron una mejoría significativa en el comportamiento suicida, una menor tasa de abandono precoz de la terapia, una menor cantidad de días hospitalizados en unidades psiquiátricas, una mejor adaptación social, una mayor reducción de la ira y una mayor sensación de control emocional y de ajuste interpersonal. Sin embargo, no hubo efectos positivos sobre la ideación suicida, la depresión, la insatisfacción o la desesperanza. Es decir, *funcionaban mejor* (al aumentar el control de su comportamiento desadaptativo), pero *no se sentían mejor* ni más satisfechas que las pacientes que seguían el tratamiento habitual.

CONCLUSIONES

La heterogeneidad conceptual de los trastornos de personalidad y el diagnóstico múltiple, lo cual deriva de la imprecisión del concepto y del carácter categorial de los criterios del *DSM-IV*, dificultan el establecimiento de programas de intervención específicos. De hecho, diversos pacientes con el mismo diagnóstico difieren mucho entre sí en lo que a pronóstico y a posibilidades terapéuticas se refiere (Caballero, 1998). El sistema clasificatorio presentado no pasa de ser un recurso heurístico que ayuda a mejorar la comprensión de los fenómenos y la praxis profesional. Sin embargo, los sistemas dimensionales alternativos, como el modelo de los 5 factores, no han presentado grandes aportaciones en el ámbito de los trastornos de personalidad (Pelechano *et al.*, 1995).

La aplicación de la terapia de conducta a los trastornos de personalidad requiere una serie de adaptaciones: una relación intensa terapeuta-paciente (en la que se ofrece un apoyo emocional al paciente, no se refuerzan las estrategias erróneas y se marcan límites estrictos); un tratamiento más largo y estructurado que en los trastornos mentales (al menos, durante 1 año), y no meramente limitado a los síntomas observados; una lista de tareas sistemática y el establecimiento de objetivos limitados (disminuir la ansiedad y el estrés, controlar la hipersensibilidad, etc.), a sabiendas de que hay conductas no cambiables (se pueden cambiar las obsesiones, pero no la obsesividad); el entrenamiento en habilidades interpersonales (regulación de la expresión de emociones, asertividad, control de la ira, etc.) y en solución de problemas; y, por último, el fomento de las conductas de autonomía. El problema es que estas recomendaciones son tan sensatas como difíciles de materializar.

Los objetivos terapéuticos propuestos -acordados conjuntamente entre el terapeuta y el paciente- deben ser razonables y valiosos, próximos, focalizados, bien definidos y, lo que es muy importante, evaluables.

La intervención terapéutica debe actuar también sobre los familiares de los pacientes porque son frecuentes en ellos la sobreimplicación, la subimplicación o la implicación inadecuada en los problemas del paciente. En concreto, la contención de la angustia y el apoyo son siempre tareas primordiales (Caballero, 1998; Sperry, 1995).

Todavía no hay resultados claros acerca de la eficacia de estos programas. En algunos casos la adición de psicofármacos a la terapia de conducta puede ofrecer unos resultados alentadores. En todo caso, el empleo de psicofármacos en los trastornos de personalidad está orientado sintomáticamente (en un problema que es todo menos sintomático) (Bernardo, Roca y Benabarre, 1998).

En concreto, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (la fluoxetina o la sertralina), a dosis altas (40 mg o 200 mg, respectivamente), pueden hacer frente y «ablandar» las conductas impulsivas y agresivas presentes en algunos trastornos de personalidad, independientemente de la existencia de una depresión concomitante (Coccaro, 1990; Gastó, 1996). De este modo, los pacientes pueden estar más receptivos y seguir con mayor cumplimiento las prescripciones señaladas por los tratamientos psicológicos.

Por último, y a modo de tendencias futuras, de lo que se trata es de operativizar el trastorno de personalidad en pautas de conducta observables, jerarquizarlas y actuar terapéuticamente sobre ellas, con tratamientos psicológicos o con la adición de psicofármacos en algunos casos. Establecer objetivos limitados y alcanzables (por ejemplo, en relación con la inseguridad, la impulsividad o la indecisión) es fundamental en estos casos, a sabiendas de que a lo más que se puede aspirar con los pacientes en estas circunstancias es a conseguir pájaros que vuelen por sí mismos, aunque sea con plomo en las alas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1980).** DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (1994).** DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson.
- Aramburu, B. (1996).** *La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad.* Psicología Conductual, 4, 123-140.
- Avia, M.D. (1989).** Alteraciones de la personalidad y personalidades anómalas. En E. IBÁÑEZ y V. PELECHANO (Eds.). *Personalidad.* Madrid. Alhambra.

- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995).** *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.* Barcelona. Paidós.
- Bernardo, M. y Roca, M. (Eds.) (1998).** *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento.* Barcelona. Masson.
- Bernardo, M., Roca, M. y Benabarre, A. (1998).** Tratamientos biológicos. En M. BERNARDO y M. ROCA (Eds.). *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento.* Barcelona. Masson.
- Caballero, L. (1998).** Relación médico-enfermo y psicoterapia en los trastornos de personalidad. En M. BERNARDO y M. ROCA (Eds.). *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento.* Barcelona. Masson.
- Caballo, V.E. (1998).** Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V.E. CABALLO (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad.* Madrid. Siglo XXI, vol. 2º.
- Coccaro, E.F. (1990).** Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III-R personality disorders patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 373-375.
- Delgado, M., González, A., Moreno, A., Pérez, E., Ponte, N. y Sierra, A.C. (1994).** ¿Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14, 611-632.
- Dowson J.H. y Grounds, A.T. (1995).** *Personality disorders. Recognition and clinical management.* Cambridge. Cambridge University Press.
- Echeburúa, E. (1994).** Trastornos de personalidad: concepto, clasificación y evaluación. En E. ECHEBURÚA (Ed.). *Personalidades violentas.* Madrid. Pirámide.
- Gasto, C. (1996).** Antidepresivos en los trastornos de personalidad. En J. VALLEJO y C. GASTÓ (Eds.). *Antidepresivos en la clínica psiquiátrica.* Barcelona. Doyma.
- Girolamo, G. y Reich, J.H. (1996).** *Trastornos de la personalidad.* Madrid. Méditor.
- Jacobsberg, L.B., Goldsmith, S., Widiger, T. y Frances, A.J. (1991).** Evaluación de los trastornos de personalidad del DSM-III. En S. WETZLER (Ed.). *Medición de las enfermedades mentales. evaluación psicométrica para los clínicos.* Barcelona. Ancora.
- Jourard, S.M. y Landsman, T. (1987).** *La personalidad saludable.* Madrid. Trillas.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996).** Trastornos de la personalidad. En *Sinopsis de psiquiatría.* Madrid. Panamericana. 7ª edic.
- Linehan, M.M. (1993).** *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York. Guilford.

- Lemos, S. (1995). Trastornos de la personalidad. En *Psicopatología*. Madrid. Síntesis.
- Lewis, G. y Appleby, L. (1988). Personality disorders: the patients psychiatrist dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- Medina, A. y Moreno, M.J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba. Nanuk.
- Millon, T. y Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Millon, T. (1996). Trastornos de la personalidad. En V.E. CABALLO, G. BUELA-CASAL y J.A. CARROBLES (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid. Siglo XXI, vol. 2?, capítulos 1-6.
- Millon, T. y R.D. Davis (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson.
- Pelechano, V., De Miguel, A. y Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. BELLOCH, B. SANDÍN y F. RAMOS (Eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill, vol. 2º.
- Ruiz, M.A. (1998). Tratamiento cognitivo de los trastornos de ansiedad y de personalidad. En M.A. VALLEJO (Ed.). *Avances en las técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Safran, J.D. y Mcmain, S. (1992). Cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 59-68.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1996). Trastornos de la personalidad. En *Psicología anormal*. México. Prentice-Hall. 7ª ed.
- Sperry, L. (1995). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders*. New York. Brunner/Mazel.
- Sue, D., Sue, D. y Stanley, S. (1996). Trastornos de personalidad y trastornos del control de los impulsos. En *Comportamiento anormal*. México. McGraw-Hill/Interamericana.
- Valdés, M. (1998). Trastornos de personalidad. En J. VALLEJO (Ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Masson, 4ª edic.
- Vázquez, C, Ring, J. Y Avia, M.D. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. FUENTENEbro y C. VÁZQUEZ (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill, vol. 2º.
- Wessler, R.L. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1, 35-50.
- Wessler, R.I. y Hankin-Wessler, S. (1991). La terapia de valoración cognitiva. En V.E. CABALLO (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo XXI.
- Young, J.E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, Fl. Professional Resource Exchange.