TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Aaron T. Beck

y colaboradores

Lectulandia

La «Terapia cognitiva» —también conocida como «Terapia cognitivo-conductual»— ha sido desarrollada a partir de los años sesenta por el Dr. Aaron T. Beck y colaboradores. Desde entonces y hasta nuestros días, ha despertado interés en todo el mundo, y tanto en Estados Unidos como en Europa se han creado numerosos centros especializados en esta corriente que, sin lugar a dudas, constituye una de las tendencias teóricas más fuertes en el campo de la psicología actual, habiendo demostrado gran eficacia en la clínica.

Esta obra presenta la aplicación de la Terapia cognitiva a uno de los problemas psicológicos de mayor relevancia: los trastornos de la personalidad. Se divide en dos partes: en la primera, se examinan los problemas generales de la derivación, el diagnóstico y el tratamiento, y se analiza el concepto de *formación de esquemas* y sus efectos en la conducta; en la segunda, se detalla el abordaje específico del tratamiento cognitivo-conductual de cada trastorno: paranoide, esquizoide, antisocial, histriónico, narcisista, etc. Se trata de un texto claro, preciso, fácilmente comprensible y de agradable lectura, que resultará de interés y gran valor tanto para los profesionales de la salud mental como para estudiantes e investigadores.

Lectulandia

AA. VV.

Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad

Aaron Temkin Beck
y colaboradores

ePub r1.0
marcelo77 02.11.14

Título original: *Cognitive Therapy of Personality Disorders*
AA. VV., 2004
Co-escritores: Aaron Temkin Beck y colaboradores
Traducción: Jorge Piatigorsky & Rafael Eugen Santandreu Lorite
Retoque de cubierta: marcelo77

Editor digital: marcelo77
ePub base r1.2

más libros en lectulandia.com

COLABORADORES

Doctor Arthur Freeman, *School of Medicine* in the *Department of Psychiatry, University of Pennsylvania*, Filadelfia, Pennsylvania. Doctor James Pretzer, *Cleveland Center for Cognitive Therapy*, Cleveland, Ohio. Doctora Denise D. Davis, *Vanderbilt University*, Nashville, Tennessee. Doctora Barbara Fleming, *Case Western Reserve University y Cleveland Center for Cognitive Therapy*, Cleveland, Ohio. Doctora Regina Ottaviani, *Cognitive Therapy Center, Chevy Chase*, Maryland. Doctora Judith Beck, *Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania*, Filadelfia, Pennsylvania. Doctora Karen M. Simón, *Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania*, Filadelfia, Pennsylvania. Doctora Christine Padesky, *NewportBeach Center for Cognitive Therapy*, Newport Beach, California. Doctor James Meyer, *Depression Treatment Center*, Denver, Colorado. Doctor Lawrence Trexler, *Friends Hospital*, Filadelfia, Pennsylvania.

RECONOCIMIENTOS

En la publicación de un libro se dan sucesivamente cinco hechos significativos. El primero es el estremecimiento y la excitación que producen la conceptualización y el desarrollo iniciales. En esa primera etapa, las ideas se presentan, se desarrollan, se modifican, se descartan, se reevalúan y reformulan. Lo mismo que gran parte de todo nuestro trabajo, este volumen deriva tanto de la necesidad clínica como de la curiosidad científica. Entre los casos de prácticamente todos los terapeutas de nuestro Centro había pacientes con algún trastorno de la personalidad. La idea de esta obra surgió de los seminarios clínicos semanales dirigidos por Aaron T. Beck y, a medida que se desarrollaba, contamos con las aportaciones y los *insights* clínicos de nuestros colegas de la Universidad de Pennsylvania y de los diversos Centros de Terapia Cognitiva de todo el país; reciban aquí nuestro reconocimiento. Muchos de esos colegas se convirtieron en coautores y tuvieron una influencia significativa en la dirección y el contenido del libro. Su perspicacia y su calidad como clínicos se reflejan en este volumen.

El segundo acontecimiento importante en el nacimiento de un libro es la reunión y el cotejo de los originales. Las ideas ya se han concretado y se han volcado en el papel. Así empieza el proceso de dar forma al volumen. Estamos inmensamente agradecidos a Lawrence Trexler por haber asumido la responsabilidad de revisar y pulir los diversos capítulos. Él ayudó a dar cohesión y continuidad al proyecto.

El tercer momento importante se produce cuando se envía al editor el borrador del original. Seymour Weingarten, gerente editorial de The Guilford Press, ha sido simpatizante de la terapia cognitiva durante muchos años. (Gracias a la sabiduría y previsión de Seymour se publicó el ahora clásico *Cognitive Therapy of Depression* hace una década). Su apoyo, aliento e insistencia ayudaron a que la obra avanzara hacia su estado final. Judith Grauman, supervisora editorial, y Marie Sprayberry, nuestra supervisora de manuscritos, trabajaron para hacer legible el texto, manteniéndose fieles a su contenido y propósito. Todos ellos junto con el resto del personal de Guilford completaron nuestro trabajo.

La cuarta etapa en el desarrollo del libro llega con la preparación final y la mecanografía del manuscrito. Tina Inforzato vigiló la confección y el mecanografiado definitivo de los diversos borradores de los capítulos. Pero cuando realmente se destacó fue al final de la partida. Reunió las referencias erráticas, introdujo millones de cambios y correcciones y realizó la copia y los disquetes a partir de los cuales se compuso el libro. Karen Madden estuvo al cuidado de los borradores sucesivos: le agradecemos su constancia. Donna Battista ayudó a Arthur Freeman a conservar el orden a pesar de sus diversos proyectos. Barbara Marinelli, directora ejecutiva del Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania, cargó como de costumbre con una gran responsabilidad, y le permitió a

Beck concentrarse en la creación de este libro y en otras tareas académicas. El doctor William F. Rainieri, presidente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey, Escuela de Medicina Osteopática, ha sido un defensor de la terapia cognitiva.

La etapa final llega con la publicación. Con todo lo que ha sucedido hasta ese momento, esto es casi un anticlímax. Nuestro trabajo queda entonces en manos de ustedes, nuestros colegas, a quienes esperamos que les resulte útil.

Damos las gracias de todo corazón al juez Phillis Beck y a la doctora Karen M. Simón. Como grandes compañeros que son, nos han dado respaldo y aliento para esta y muchas otras aventuras.

La colaboración entre los autores se inició como un vínculo de alumno y maestro, y progresó durante los últimos trece años hasta convertirse en una relación de respeto mutuo, de admiración, afecto y amistad. Hemos aprendido mucho uno de otro.

Finalmente, los pacientes con los que trabajamos a lo largo de los años nos han permitido compartir con ellos su carga. Su dolor y su angustia fueron nuestra motivación para desarrollar las teorías y las técnicas denominadas «terapia cognitiva». Nos enseñaron mucho, y esperamos haberles ayudado a llevar vidas más plenas, más completas.

AARON T. BECK y ARTHUR FREEMAN

PREFACIO

En la década que ha transcurrido desde que Aaron T. Beck y sus colegas publicaron el ahora clásico *Cognitive Therapy of Depression*, la terapia cognitiva se ha desarrollado de una manera casi exponencial. Partiendo de los tratamientos primitivos de la depresión, el modelo progresó y se aplicó a todos los síndromes que se ven comúnmente en la clínica, entre ellos los trastornos por ansiedad o por angustia, y los trastornos alimentarios. Los estudios de resultados han demostrado la eficacia de este modelo con una amplia gama de trastornos clínicos. Además de su aplicación con modificaciones a prácticamente todas las poblaciones clínicas, la terapia cognitiva ha tratado casos de todas las edades (niños, adolescentes, pacientes geriátricos) y ha sido utilizada en diversas circunstancias y modalidades terapéuticas (en régimen ambulatorio o de internación, con parejas, grupos y familias).

El interés por el trabajo clínico con pacientes que presentan trastornos de la personalidad ha crecido junto con el refinamiento y la habilidad clínica de los terapeutas cognitivos. Resultado de ello es el desarrollo creciente de esta práctica. Este libro es el primero que se centra específicamente en ese grupo de pacientes, difícil y de una gran diversidad.

El trabajo en terapia cognitiva ha despertado interés en todo el mundo, y tanto en Estados Unidos como en Europa se han creado centros (o grupos de estudio) de esta orientación. Basándose en su amplia revisión del trabajo de psicólogos clínicos y de psicólogos especializados en la orientación [*counseling psychologists*], Smith (1982) llegó a la conclusión de que «las opciones cognitivo-conductuales representan una de las tendencias teóricas más fuertes, si no la más fuerte hoy en día» (pág. 808). El interés por los enfoques cognitivos entre los terapeutas se ha incrementado en un 600 por ciento desde 1973 (Norcross, Prochaska y Gallagher, 1989).

La mayor parte de la investigación, el desarrollo conceptual y el entrenamiento clínico en terapia cognitiva se ha realizado en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania o en otros centros establecidos por profesionales que se formaron allí. Este libro se desarrolló a partir de las primeras discusiones de casos y de seminarios dirigidos por Beck a lo largo de muchos años. Cuando decidimos escribir un libro para difundir los conocimientos adquiridos en nuestro trabajo, nos dimos cuenta de que sería imposible que una o dos personas fuesen expertas en el tratamiento de todos los trastornos. Por lo tanto reclutamos un grupo distinguido y con talento de terapeutas formados en el Centro de Terapia Cognitiva, como coautores que habrían de escribir sobre sus áreas de especialidad. Rechazamos la idea de una recopilación de observaciones desarticuladas (o redundantes). En interés de la uniformidad y congruencia de la presentación, nos decidimos por un libro que fuera una producción de todos los autores en colaboración.

Distintos profesionales asumieron la responsabilidad de abordar diferentes temas o trastornos específicos. Hicimos circular los borradores sobre cada uno de los temas para estimular la fecundación recíproca y favorecer la congruencia; los borradores se devolvieron luego a sus respectivos autores para que los revisaran y desarrollaran. Finalmente, todo el manuscrito fue revisado por uno de nosotros, para asegurar la continuidad del estilo, el lenguaje y el contenido. Si bien el libro es el producto de varios autores, todos ellos asumen la responsabilidad de todo el contenido. No obstante, los responsables principales de cada uno de los capítulos se especifican más adelante. La integración, la compaginación final y la continuidad del volumen fueron obra de Lawrence Trexler.

El libro está organizado en dos secciones. La primera ofrece una amplia visión general de los aspectos históricos, teóricos y terapéuticos. Siguen a esta sección los capítulos clínicos que detallan el tratamiento individualizado de trastornos específicos de la personalidad. Los capítulos clínicos se ordenan de acuerdo con los tres agrupamientos descritos en la tercera edición revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987). El grupo A, de trastornos descritos como «raros o excéntricos», está formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista, que son descritos como «dramáticos, emotivos e imprevisibles». El grupo C comprende las personas «ansiosas o temerosas», que pertenecen a las categorías de los trastornos por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.

El material de la Primera Parte fue desarrollado por Aaron T. Beck, Arthur Freeman y James Pretzer. En el *primer capítulo*, Freeman y Pretzer comienzan bosquejando el enfoque cognitivo-conductual de los problemas generales de la derivación, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad. Una discusión del concepto de la formación de esquemas y su efecto en la conducta le ofrece al lector una introducción a esta cuestión de vital importancia, que se desarrollará en los capítulos ulteriores. A continuación, en el mismo capítulo se examinan los estudios clínicos e investigaciones realizados hasta la fecha sobre el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad.

En el *capítulo 2*, Beck explica el modo como los procesos de la personalidad se forman y cumplen funciones adaptativas en la vida del individuo. A partir de un enfoque evolucionista, desarrolla el modo como los esquemas (y las combinaciones idiosincrásicas de esquemas) contribuyen a generar diversos trastornos. Se perfilan entonces las estrategias básicas para la adaptación, junto con las creencias / actitudes básicas de cada uno de los trastornos de la personalidad. El procesamiento de la información y los tipos específicos de distorsión de la información disponible se vinculan luego a las características esquemáticas [*schematic characteristics*], como la densidad, la actividad y la valencia de los esquemas. En cada trastorno de la personalidad predominan ciertas creencias y estrategias que dan forma a un perfil

característico.

En el *capítulo 3*, Beck identifica con más detenimiento las típicas estrategias hiperdesarrolladas e infradesarrolladas de cada trastorno. Sostiene que esas estrategias pueden compensar o derivar de particulares experiencias del desarrollo. Ofreciendo perfiles cognitivos que incluyen la visión de sí mismo, la visión de los demás, las creencias generales, lo que se concibe como principal peligro, la principal estrategia para enfrentarse a las situaciones y las respuestas afectivas primarias, el autor sitúa los trastornos en una perspectiva que permite la aplicación de la amplia gama de intervenciones cognitivas y conductuales.

En el *capítulo 4*, Beck y Freeman discuten los principios generales de la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Los esquemas nucleares pueden inferirse a primera vista de los pensamientos automáticos del paciente. Mediante el empleo de evocación de imágenes y reactivando experiencias traumáticas pasadas, es posible movilizar esos esquemas, que entonces se pueden examinar en el contexto terapéutico. Se describen las técnicas básicas de la terapia cognitiva, con particular énfasis en el desarrollo de la conceptualización de los casos. También se describen en líneas generales la colaboración terapéutica, el modelado de roles y el uso de tareas para el hogar. La relación terapéutica, importante en toda terapia, lo es especialmente con pacientes que presentan trastornos de la personalidad. Por último, el capítulo examina problemas específicos de la pareja paciente-terapeuta, a menudo catalogados como «resistencias». Examinando las diversas razones de la falta de acuerdo terapéutico, Beck y Freeman identifican varias categorías de dificultad; exploran los problemas del paciente (por ejemplo rigidez, miedo al cambio), los problemas del terapeuta (por ejemplo rigidez, falta de capacidad) y los problemas inherentes a la relación terapéutica (por ejemplo cuestiones de poder, beneficios secundarios).

En el *capítulo 5*, el último de esta sección, Beck y Freeman detallan técnicas cognitivas y conductuales específicas para el tratamiento del paciente con un trastorno de la personalidad. Estos autores plantean tres posibilidades conceptuales para el cambio de esquemas: la reconstrucción, la modificación y la reinterpretación esquemáticas. Al definir y poner a prueba los esquemas del paciente, el terapeuta identifica el contenido y la dirección convenientes del tratamiento, y ayuda al paciente a trabajar por la modificación de los esquemas disfuncionales, y si es posible a construir otros nuevos, más funcionales.

El *capítulo 6*, escrito por James Pretzer, abre la sección de las aplicaciones clínicas. En ese capítulo el autor realiza una introducción al problema del trastorno paranoide de la personalidad. Este grupo poco estudiado presenta varios problemas idiosincrásicos, uno de los cuales —y no precisamente el menos importante— es el alto grado de desconfianza. Pretzer desarrolla una conceptualización que luego conduce a las intervenciones terapéuticas que ejemplifica a continuación. Recurriendo a numerosas viñetas de casos, despliega ante el lector tanto el proceso como el progreso de la terapia cognitiva. También identifica algunos de los típicos

problemas del terapeuta en el trabajo con individuos paranoides.

Regina Ottaviani describe en el *capítulo 7* los trastornos esquizoide y esquizotípico. A través del diagnóstico actual del DSM-III-R, se detallan la historia del término y el diagnóstico de «esquizoide». La autora describe el diagnóstico y el tratamiento, junto con las creencias básicas del paciente esquizoide. Se examinan los problemas del terapeuta para ayudar a identificar obstáculos potenciales en la terapia. Ottaviani aborda a continuación al paciente esquizotípico. Ofreciendo una conceptualización de la terapia cognitiva, también describe los frecuentes problemas del Eje I asociados con ese trastorno.

En el *capítulo 8,* Denise D. Davis introduce los trastornos del grupo B con una discusión del trastorno antisocial de la personalidad. Como los pacientes antisociales por lo general llegan al tratamiento ante el requerimiento (o la exigencia) de otros (casi siempre del sistema judicial), presentan problemas singulares. Davis muestra la importancia de comprometer al paciente en el tratamiento, establecer límites y hacerle participar en la planificación de las tareas a realizar por su cuenta [*homework*]. La autora demuestra la importancia de una alianza no coercitiva y cooperativa. Se examinan los trastornos asociados del Eje I, tales como el abuso de alcohol o las drogas, con objeto de ayudar al clínico a tomar conciencia del potencial de suicidio —una posibilidad que a menudo se pasa por alto con este grupo de pacientes— y de estar preparado para ello.

Pretzer inicia el *capítulo 9* abordando el trastorno más común y probablemente el más problemático de este grupo, el trastorno límite de la personalidad. El diagnóstico de trastorno límite ha evolucionado a lo largo de los años, y en muchos casos sigue siendo una categoría «cajón de sastre» en la que se pone a muchos pacientes que no se pueden asignar fácilmente a otras. Las cuestiones relacionadas con los esquemas, introducidas en los capítulos teóricos, se examinan detenidamente. Estas cuestiones ayudan a clarificar los procesos cognitivos del síndrome. Como «dicotomizador» de primera clase, el paciente límite puede provocar tensiones en el terapeuta. También en este caso se subraya el establecimiento de límites firmes, la naturaleza cooperativa del esfuerzo terapéutico y el carácter «orientado hacia metas» propio de la terapia cognitiva.

El trastorno histriónico de la personalidad es abordado en el *capítulo 10* por Barbara Fleming. La «histeria», centro de interés original de los psicoanalistas, ha estado rondando como categoría dignóstica durante más o menos cuatro mil años. Fleming recorre las ideas históricas hasta la actualidad. Reconoce el trastorno en términos cognitivos y establece un protocolo de tratamiento. Las especiales distorsiones cognitivas del paciente histriónico son identificadas como indicadores diagnósticos y objetivos del tratamiento. Se explica en detalle el modo de ayudar a estos pacientes a modular su conducta y a modificar su enfoque estratégico de las tareas de la vida.

Denise Davis vuelve en el *capítulo 11* con un examen de la personalidad

narcisista. Después de una reseña de las diversas concepciones del «narcisismo», la autora aplica una perspectiva de aprendizaje social a la comprensión del trastorno de la personalidad. Continúa con una conceptualización cognitiva como base para el tratamiento de trastornos asociados del Eje I. Como la terapia es una empresa «ordinaria», el paciente con este trastorno puede abandonarla para no ser considerado ordinario. Con algunos ejemplos clínicos, Davis desarrolla y demuestra el modelo di tratamiento.

Judith Beck y Christine Padesky colaboran en el *capítulo 12,* que describe la terapia cognitiva del trastorno de la personalidad por evitación. Este capítulo, que comienza con el examen de los trastornos del grupo C, trata de los temas de la autoacusación, la expectativa de rechazo y la creencia de que toda emoción o encuentro que desagraden son intolerables. Los pacientes evitativos rehúyen muchas cosas, entre ellas las emociones, las personas y las experiencias desagradables. Incluso el más casual de los problemas suele ser interpretado como una catástrofe que hay que evitar. Después de identificar las creencias y pensamientos automáticos típicos, las autoras describen los esquemas que subyacen en este trastorno. Con material didáctico y ejemplos de casos, hacen hincapié en el tratamiento de la componente de ansiedad y en la necesidad de entrenamiento de habilidades específicas.

El *capítulo 13* es el segundo aporte de Barbara Fleming. Centrándose en el trastorno de la personalidad por dependencia, la autora compara la aparente cooperación del paciente dependiente con la típica respuesta no cooperativa de muchos de los otros trastornos de la personalidad. La cooperación y la mejoría iniciales son seguidas a menudo por la frustración (para el terapeuta) que supone la subsistencia de los síntomas. Si bien algunas veces estos pacientes pueden usar sus estrategias interpersonales al servicio de la terapia, realizando las tareas asignadas para el hogar y comprometiéndose en nuevas conductas más independientes, quizá se resistan al cambio sustancial para mantener su relación de dependencia respecto del terapeuta. Se examinan las creencias del paciente acerca de la capacidad, el abandono y la independencia, junto con algunos ejemplos clínicos.

El *capítulo 14* se centra en el trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad. Karen M. Simón y James Meyer examinan este trastorno sumamente común. En la medida en que la sociedad asigna premios tan importantes a la eficacia y el buen rendimiento, los sistemas implicados en el control emocional, la autodisciplina, la perseverancia, la confiabilidad y la diplomacia son sumamente apreciados. Pero la personalidad obsesivo-compulsiva lleva esas características a un extremo, y lo que podría haber sido una estrategia constructiva se convierte en disfunción. El paciente es rígido, perfeccionista, dogmático, rumiador e indeciso. Se exploran el contenido cognitivo de los pensamientos automáticos, las creencias y las estrategias de este tipo de pacientes. Los autores consideran los problemas asociados de depresión, sexuales y psicosomáticos. Simón y Meyer utilizan varios ejemplos clínicos para demostrar su

enfoque del tratamiento.

En el *capítulo 15*, Regina Ottaviani presenta el tratamiento cognitivo del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. El estilo de oposición y a veces obstruccionismo que suele caracterizar a este grupo clínico presenta importantes obstáculos al tratamiento. En cuanto estos sujetos tienden a evitar la confrontación, pueden aceptar pasivamente la terapia, pero constantemente interponen obstáculos en el camino para evitar el cambio. Para ellos el cambio suele representar una rendición ante el terapeuta, de modo que su estilo peculiar puede caracterizarse del mejor modo con la frase «Sí, pero…». Utilizando ejemplos clínicos, Ottaviani desarrolla su conceptualización y demuestra el modo de instrumentar el enfoque terapéutico cognitivo.

Finalmente, en el *capítulo 16*, Beck y Freeman ofrecen una síntesis y bosquejan las perspectivas del trabajo clínico y de investigación con los pacientes con trastornos de personalidad.

PRIMERA PARTE

HISTORIA, TEORÍA E INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1

VISIÓN GENERAL DE LA TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La terapia de pacientes con distintos trastornos de la personalidad ha sido sometida a examen en la literatura clínica desde el inicio de la historia conocida de la psicoterapia. Los casos clásicos de Anna O. (Breuer y Freud, 1893-1895/1955) y del Hombre de las Ratas (Freud, 1909, 1955), de Sigmund Freud, pueden rediagnosticarse como trastornos de la personalidad según los criterios actuales. Con el desarrollo del primer *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) de la American Psychiatric Association (APA, 1952) hasta la versión actual del manual (DSM-III-R; APA, 1987), se han ido ampliando y refinando gradualmente las definiciones y los parámetros que permiten comprender estos estados graves y crónicos. La literatura general sobre el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de la personalidad es más reciente y crece con rapidez. La principal orientación teórica en la literatura actual sobre los trastornos de la personalidad, o en la literatura psicoterapéutica en general, ha sido psicoanalítica (Abend, Porder y Willick, 1983; Chatham, 1985; Goldstein, 1985; Gunderson, 1984; Horowitz, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Lion, 1981; Masterson, 1978, 1980, 1985; Reid, 1981; Saúl y Warner, 1982; Waldinger y Gunderson, 1987).

El enfoque cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad

Más recientemente, terapeutas conductuales (Linehan, 1987 a, b; Linehan, Armstrong, Alimón, Suárez y Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suárez y Alimón, 1988) y cognitivo-conductuales (Fleming, 1983, 1985; Fleming y Pretzer, en prensa; Freeman, 1988a,b; Freeman y Leaf, 1989; Freeman, Pretzer, Fleming y Simón, 1990; Pretzer, 1983, 1985, 1988; Pretzer y Fleming, 1989; Young y Swift, 1988) empezaron a concebir y plantear un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. El libro de Millón (1981) es uno de los pocos que en esta área ofrecen un punto de vista

socioconductual. En su origen, los enfoques cognitivos abrevaron en las ideas de los «analistas del yo», derivadas de las obras de Adler, Horney, Sullivan y Frankl. Aunque los psicoanalistas consideraban radicales sus innovaciones terapéuticas, las terapias cognitivas primitivas eran en muchos sentidos «terapias de *insight*», *ya* que empleaban en gran medida técnicas introspectivas para modificar la «personalidad» manifiesta del paciente (Ellis, 1962; Beck, 1967). A partir de ese trabajo inicial, Beck (1963, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Emery con Greenberg, 1985) y Ellis (1975a,b, 1958) se contaron entre los primeros en emplear una amplia gama de técnicas conductuales de tratamiento que incluían el trabajo para el hogar estructurado *in vivo*. Todos ellos subrayaron sistemáticamente el efecto terapéutico de las técnicas cognitivas y conductuales, no sólo sobre las estructuras sintomáticas, sino también sobre los «esquemas» cognitivos o creencias controladoras. Los terapeutas cognitivos trabajan en el nivel de la estructura sintomática (problemas manifiestos) y en el de los esquemas subyacentes (estructuras inferidas). La mayor parte de los análisis de la práctica psicoterapéutica se encuentran con que los pacientes suelen presentar problemas básicos o «nucleares» —problemas centrales tanto para los estados disfuncionales (por ejemplo, un autoconcepto negativo) como para la conducta problemática (por ejemplo, una conducta dependiente) (Frank, 1973)—. La terapia cognitiva postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías. Una amplia gama de las dificultades de un paciente pueden subsumirse bajo una clase, y ser influidas por los cambios de un único esquema o de varios. Esta formulación es congruente con las principales teorías contemporáneas sobre la estructura cognitiva y el desarrollo cognitivo, que hacen hincapié en la función de los esquemas como determinantes de la conducta guiada por reglas (Neisser, 1976; Piaget, 1970,1974, 1976, 1978; Schank y Abelson, 1977). Los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el centro, la dirección y las cualidades de la vida diaria, así como las contingencias especiales.

Los teóricos de la terapia cognitiva comparten con los psicoanalistas la idea de que en el tratamiento de los trastornos de la personalidad es por lo general más productivo identificar y modificar los problemas «nucleares». Las dos escuelas difieren en su visión de la naturaleza de dicha estructura nuclear; para la escuela psicoanalítica, esas estructuras son inconscientes y no fácilmente accesibles para el paciente. Desde el punto de vista de la terapia cognitiva, los productos en proceso son en gran medida conscientes (Ingram y Hollon, 1986) y, con un entrenamiento especial, aún más procesos pueden resultar accesibles a la conciencia. Los sentimientos y la conducta disfuncionales (siempre para la teoría de la terapia cognitiva) se deben en gran medida a la función de ciertos esquemas que tienden a producir sistemáticamente juicios tendenciosos y una tendencia correlativa a cometer errores en ciertos tipos de situaciones. La premisa básica del modelo de la terapia cognitiva es que la fuente principal del afecto y la conducta disfuncionales en los adultos reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de

respuesta (Hollon, Kendall y Lumry, 1986; Mathews y MacLeod, 1986; MacLeod, Mathews y Tata, 1986; Zwemer y Deffenbacher, 1984). Otros trabajos han demostrado que las pautas cognitivas clínicamente pertinentes están relacionadas con la psicopatología del niño, en correlación con las pautas afectivas y cognitivas de relación que se encuentran entre los adultos (Beardslee, Bemporad, Keller y Klerman, 1983; Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson, 1986; Quay, Routh y Shapiro, 1987; Ward, Friedlander y Silverman, 1987), y que una terapia cognitiva eficaz puede seguir una línea similar en niños y adultos (DiGiuseppe, 1983, 1986, 1989).

Por el carácter prolongado de los problemas caracterológicos de los pacientes con un trastorno de la personalidad, por el hecho de que generalmente evitan la psicoterapia dado que con frecuencia llegan al consultorio debido a la presión familiar o a exigencias legales, y por su resistencia manifiesta al cambio o su incapacidad para cambiar, estos sujetos suelen ser los más difíciles entre los casos del clínico. Por lo general suponen más trabajo en cada sesión, mayor tiempo de terapia, una mayor exigencia a las aptitudes (y la paciencia) del terapeuta, y más energía por su parte que para la mayoría de los otros pacientes. Debido a este dispendio, hay menos ganancia terapéutica, mayor dificultad en lograr conformidad con el tratamiento, y tasas de cambio y satisfacción —tanto en el terapeuta como en el paciente— más reducidas que las que son características con otro tipo de pacientes.

Lo típico es que estos pacientes recurran a la terapia no presentando como problema trastornos de personalidad, sino por lo general quejas de depresión y ansiedad codificadas en el Eje I del DSMIII-R. Los problemas comunicados de depresión y ansiedad pueden separarse de las pautas del Eje II o derivar del trastorno de la personalidad del Eje II y nutrirse de él. El curso de la terapia es mucho más complicado cuando existe una combinación de trastornos de los Ejes I y II. En la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad hay que modificar la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas de terapeuta y paciente, y las técnicas y estrategias necesarias. En vista de las dificultades inherentes al trabajo con los trastornos de la personalidad, sorprende que muchos de esos pacientes mejoren con el tipo de terapia cognitiva modificada que describimos en este volumen.

Los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo ven los desórdenes con los que se enfrentan en el trato con otras personas o en sus tareas como externos a ellos, y por lo general independientes de su propia conducta o percepción. A menudo se describen como víctimas de los otros o, más globalmente, del «sistema». Esos pacientes suelen no darse cuenta de cómo llegaron a ser lo que son, de cómo contribuyen a crear sus propios problemas, ni tampoco saben cómo cambiar. Suelen ser enviados por miembros de la familia o amigos que reconocen una pauta disfuncional o están en el límite de lo que pueden hacer para tener bajo control a esos individuos. Otros pacientes son derivados por el sistema judicial. Los de este último grupo suelen tener la opción de ir a la cárcel o iniciar una terapia (Henn, Herjanic y

VanderPearl, 1976; Moore, Zusman y Root, 1984).

Otros pacientes tienen una conciencia mucho mayor de que sus problemas de personalidad (por ejemplo la dependencia excesiva, la inhibición, la evitación excesiva) se vuelven contra ellos mismos, pero tampoco saben cómo llegaron a ser lo que son, ni cómo cambiar. Hay aun otros pacientes que comprenden la etiología de su trastorno de personalidad, pero no tienen capacidad para el cambio.

Si bien el diagnóstico de algunos trastornos de la personalidad puede basarse en la historia tomada en las sesiones iniciales, con otros pacientes los indicadores diagnósticos quizá no aparezcan hasta después de iniciado el tratamiento. Quizás el clínico no advierta al principio la naturaleza caracterológica, la cronicidad y severidad de los problemas de personalidad del paciente (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper, 1985; Fabrega, Mezzich, Mezzich y Coffman, 1986; Karno, Hough, Burnam, Escobar, Timbers, Santana y Boyd, 1986). A menudo éstos son los pacientes que peor se desenvuelven socialmente (Casey, Tryer y Platt, 1985). Algunos buscan sólo un tratamiento sintomático de problemas agudos. Aun cuando también puede estar indicado un tratamiento centrado en el esquema (véanse los capítulos 3, 4 y 5), el paciente y el terapeuta no concuerdan automáticamente acerca de una serie de problemas o la agenda de metas del tratamiento. Si en el momento de la admisión se identifican problemas del Eje II, quizás el paciente no esté dispuesto a trabajar sobre el trastorno de la personalidad, sino que prefiere apuntar a los síntomas por los que fue derivado. Es importante recordar que son las metas del paciente, y no las de otros (entre los que se cuenta el terapeuta), las que están en el objetivo inicial del tratamiento. En la medida en que los esquemas del paciente son tanto el agente como el objetivo del cambio terapéutico, el terapeuta puede trabajar para desarrollar confianza en su guía y actuar tanto sobre los síntomas como sobre el esquema. Es probable que el diagnóstico y la planificación precoces del tratamiento sean más eficaces (Morrison y Shapiro, 1987).

Ciertos pacientes del Eje II guardan silencio sobre sus trastornos de personalidad a causa de una falta de *insight* o reconocimiento, o bien porque, aunque los reconocen, los niegan. Otros pacientes con estos trastornos niegan que sus problemas sean un reflejo de los trastornos mismos. La eficacia de la terapia cognitiva en un momento dado depende del grado de acuerdo entre las expectativas del paciente acerca de las metas terapéuticas y las del terapeuta (Martin, Martin y Slemon, 1987). Son importantes la confianza mutua y el reconocimiento por el terapeuta de los requerimientos del paciente, pues forman parte del encuadre médico (Like y Zyzanski, 1987). La lucha de poder por metas conflictivas suele impedir el progreso (Foon, 1985). La naturaleza cooperativa del proceso de establecer las metas es uno de los rasgos más importantes de la terapia cognitiva (Beck y otros 1979; Freeman y otros, 1990).

En algunos casos, el paciente puede no estar dispuesto a cambiar porque lo que el terapeuta conceptualiza como un trastorno del Eje II ha sido funcional para el sujeto a

lo largo de muchas situaciones vitales. Estas conductas pueden haber sido funcionales en el trabajo, pero con un gran coste personal. Por ejemplo, Mary, una programadora de veintitrés años de edad, recurrió a la terapia debido a «la tremenda presión del trabajo, la incapacidad para disfrutar de la vida, un enfoque perfeccionista de prácticamente todas las tareas y un aislamiento general respecto de los otros». Era sumamente diligente en su empleo, y obtenía muy pocas satisfacciones del trabajo. Constantemente se atrasaba. «El no comprende que yo trabajo con mucha lentitud y cuidado. Solamente quiere que haga rápido el trabajo, y yo tengo mis propias normas sobre lo que considero lo bastante bueno como para entregarlo». La joven tenía que llevarse trabajo a casa los fines de semana, y los días hábiles se quedaba en la oficina hasta las siete u ocho de la noche para realizar la tarea de acuerdo con sus «normas». Los rasgos compulsivos de su personalidad habían sido recompensados antes en la escuela y en el hogar; los profesores siempre habían subrayado su trabajo prolijo y perfecto, de modo que en la graduación obtuvo muchos premios. Tras dejar la escuela, dedicaba todo su tiempo al trabajo, pero su perfeccionismo ya no era recompensado. En su vida había muy poco lugar para los amigos, el ocio o la diversión (Freeman y Leaf, 1989, págs. 405-406).

Los pacientes con personalidades dependientes son a veces ideales para el servicio en las fuerzas armadas, porque obedecen las órdenes. Un anciano de sesenta y seis años al que se le diagnosticaron trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo y por evitación, decía: «El mejor momento de mi vida lo pasé en el ejército. No tenía que preocuparme por qué ropa ponerme, qué hacer, adónde ir o qué comer».

Entre los signos heurísticos que pueden indicar la posibilidad de problemas del Eje II se cuentan los siguientes ítems:

1. Un paciente o un conocido suyo informa: «Oh, siempre ha hecho eso, desde que era un niño», o bien el paciente dice: «Siempre he sido así».
2. El paciente no acepta el régimen terapéutico. Si bien esta no conformidad (o «resistencia») es común en muchos problemas y por muchas razones, la no conformidad actual debe utilizar se como señal para una mayor exploración de problemas del Eje II.
3. La terapia parece llegar a una interrupción súbita sin ninguna razón aparente. El clínico que trabaja con estos pacientes a menudo les ayuda a reducir los problemas de la ansiedad o la depresión, pero queda bloqueado en el trabajo terapéutico ulterior por el trastorno de la personalidad.
4. Los pacientes no parecen tener la menor conciencia del efecto de su conducta sobre los demás. Hablan de las respuestas de los otros, pero no ven la conducta provocativa o disfuncional que pueden presentar ellos mismos.

5. Hay un problema que concierne a la motivación del paciente para el cambio. Esta dificultad es especialmente real con aquellos que han sido «enviados» a la terapia por miembros de la familia o por un tribunal. El paciente dice estar de acuerdo con la terapia y da importancia al cambio, pero en realidad parece actuar como para evitarlo.
6. Los problemas de personalidad del paciente le parecen aceptables y naturales. Por ejemplo, un paciente deprimido con un diagnóstico correspondiente al Eje II puede decir: «Sólo quiero librarme de esta depresión. Sé perfectamente lo que es sentirse bien, y quiero volver a sentirme así». El paciente de Eje II puede ver los problemas como si éstos fuesen él mismo: «Así es como soy», «Esto es lo que yo soy». Esto no indica de ningún modo que se sienta cómodo con su estilo de personalidad y las conductas que le acompañan. El paciente con un trastorno de la personalidad por evitación puede muy bien querer relacionarse más activamente con los demás, pero tiene pensamientos de inferioridad intrínseca. Por otro lado, un paciente con un trastorno narcisista de la personalidad quizá no reconozca ningún problema, salvo la negativa o renuencia de los otros a admirarle y a tenerle en alta estima.

El trastorno de la personalidad constituye probablemente una de las representaciones más impresionantes del concepto de «esquema» de Beck (Beck, 1964, 1967; Beck y otros 1979; Freeman, 1987; Freeman y otros, 1990). Los esquemas (reglas específicas que gobiernan el procesamiento de la información y la conducta) pueden clasificarse en una variedad de categorías útiles —por ejemplo, como esquemas personales, familiares, culturales, religiosos, de sexo u ocupacionales —. Se pueden inferir a partir de la conducta o identificarlos en la entrevista y la anamnesis. Con el paciente correspondiente al Eje II, el trabajo centrado en los esquemas se sitúa en el núcleo de esfuerzo terapéutico. La situación de un esquema particular en el continuo que va de lo activo (hipervalente o valente) a lo inactivo (en reposo o latente), y en el continuo que va de lo impermeable a lo modificable, son dos de las dimensiones esenciales que el terapeuta usa al conceptualizar los problemas del paciente y desarrollar una estrategia de tratamiento.

En vista de la naturaleza crónica de los problemas y del precio que paga este paciente en términos de aislamiento, dependencia o necesidad de aprobación externa, debemos preguntarnos por qué se mantienen esas conductas disfuncionales, capaces de provocar dificultades en el trabajo, la escuela o la vida personal. En algunos casos las refuerza la sociedad (por ejemplo, los maestros que alientan a un niño que es «trabajador», «que no amia tonteando», que «no hace barullo con los otros», que «realmente trabaja con empeño y consigue las mejores notas»). A menudo los esquemas coercitivos que el paciente «sabe» que son erróneos resultan difíciles de cambiar. Dos factores parecen ser los más importantes: en primer lugar, como lo ha

señalado DiGiuseppe (1986), el problema puede deberse en parte a la dificultad que tienen las personas (incluso los terapeutas de orientación científica) para realizar un «cambio de paradigma», renunciando a una hipótesis a veces precisa por otra menos familiar; en segundo término, como lo ha advertido Freeman (1987; Freeman y Leaf, 1989), suele suceder que la gente encuentra modos de adaptarse y de extraer beneficios a corto plazo con esquemas fundamentalmente desviados que a largo plazo restringen o limitan su capacidad para enfrentarse a los desafíos de la vida. Con respecto al primer problema, DiGiuseppe (1989) recomienda el uso terapéutico de una variedad de ejemplos del error que produce un esquema particular (de modo que pueda verse cómo gravita su efecto de distorsión sobre amplias áreas de la vida del paciente), y la explicación repetida de las consecuencias de una alternativa no distorsionada. Aunque cabría esperar que la terapia que sigue esas recomendaciones sea a menudo prolongada, las estrategias aconsejadas para abordar este problema están en gran medida bajo control del terapeuta y puede recurrirse a ellas cuando esté indicado. El segundo problema no es tan susceptible de ser tratado. Por ejemplo, cuando los pacientes adaptan su vida para compensar sus ansiedades, deben cambiar de vida y enfrentarse a esas ansiedades para cambiar ellos mismos. El paciente al que nos referimos antes, que describía el período de su servicio militar como «la mejor época de mi vida», reaccionaba de ese modo porque «no tenía que preocuparme por qué ponerme, qué hacer, a dónde ir o qué comer». En vista de la historia del paciente y de su modo general de respuesta, no esperemos que busque o adopte una estrategia terapéutica que le exija tareas en el hogar que le expongan constantemente a un conjunto de nuevos riesgos (Turner, Beidel, Dancu y Keya, 1986). Antes de que el paciente adopte una estrategia terapéutica adecuada, es posible que el terapeuta deba dar una nueva forma a las expectativas iniciales de este sujeto acerca de las metas, el curso y los procedimientos de la terapia; tendrá que ayudarle a lograr algunas ganancias relativamente inmediatas y prácticas, y desarrollar una relación cooperativa de confianza y apoyo.

Una de las consideraciones más importantes en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad es que se debe tener conciencia de que la terapia provocará ansiedad, porque se le pide al individuo que vaya más allá del cambio de una cierta conducta, o de dar un marco nuevo a una percepción. Se le pide que renuncie a lo que es y a como se ha definido a sí mismo durante muchos años. Si bien la estructura esquemática puede ser incómoda, limitante y solitaria, el cambio significa entrar en un territorio nuevo y extraño: «Pueden herirme, percibo una gran amenaza, y por lo tanto me siento ansioso». El reconocimiento de la ansiedad generada por el cambio es crucial para el tratamiento exitoso del paciente con un trastorno de la personalidad. Debe imponérsele sobre el potencial de ansiedad, de modo que ese estado no aparezca al margen de toda previsión, como un gran choque o sorpresa. Beck y otros (1985), en relación con el tratamiento de la agorafobia, dicen:

> Es esencial que el paciente experimente ansiedad para asegurar que han sido activados los niveles cognitivos primitivos (puesto que esos niveles están directamente conectados con los afectos). El reconocimiento repetido, directo, inmediato de que las señales de peligro no llevan a la catástrofe […] realza la capacidad de respuesta del nivel primitivo a *inputs* más realistas desde niveles superiores (pág. 129).

Un paciente respondió que «es bueno tener esta seguridad, y no comprendo por qué tendría que renunciar a ella». Estos pacientes se vuelven más ansiosos cuando el terapeuta empieza a ayudarles a permitirse ser más vulnerables. A menos que sean capaces de manejar con éxito la ansiedad, bloquearán o abandonarán la terapia. (La limitación de espacio impide una discusión detallada del tratamiento de la ansiedad. Véanse Beck y otros, 1985; Freeman y Simón, 1989).

El cambio de esquema es sumamente importante, pero los esquemas son difíciles de modificar. Están firmemente fijados por elementos conductuales, cognitivos y afectivos. La terapia debe adoptar un enfoque tripartito. No dará resultado una perspectiva estrictamente cognitiva que intente discutir con los pacientes sus propias distorsiones. Hacer que los pacientes abreaccionen en la sesión sus fantasías o recuerdos tampoco será eficaz por sí mismo. Es esencial un programa terapéutico que apunte a las tres áreas. Las distorsiones cognitivas del paciente sirven de postes indicadores que señalan el esquema. El estilo de la distorsión, así como el contenido, la frecuencia y las consecuencias de las distorsiones son elementos igualmente importantes.

Una historia desdichada puede sumarse al carácter coercitivo de los esquemas desviados y al desarrollo de los trastornos de la personalidad. Hallamos un ejemplo de esto en los datos comunicados por Zimmerman, Pfohl, Stangl y Coryell (1985). Estos autores estudiaron una muestra de mujeres que habían sido hospitalizadas por padecer episodios depresivos agudos, codificados como trastornos del Eje I del DSM-III. Cuando dividieron su muestra en tres grupos, distinguidos por su gravedad en una escala diferencial de acontecimientos vitales negativos destinada a evaluar el *status* del Eje IV (gravedad de los estresantes psicosociales), los tres grupos dieron resultados similares en mediciones del síntoma agudo a los proporcionados por la Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967) y el *Beck Depression Inventory*. Esos grupos diferían entre sí de modo significativo, a pesar de sus rasgos comunes: los síntomas presentados, la gravedad en cada grupo de los acontecimientos vitales negativos y la dificultad del tratamiento. De entre el total del 30 por ciento de las pacientes que intentaron suicidarse durante el lapso del estudio, la tasa de intentos en el grupo de alto estrés cuadruplicaba la del grupo de bajo estrés. Los trastornos de personalidad eran evidentes en el 84,2 por ciento de los miembros del grupo de alto estrés, en el 48,1 por ciento del grupo de estrés moderado, y sólo en el 28,6 por ciento del grupo de bajo estrés. Los investigadores interpretaron que el hecho de que los

acontecimientos vitales negativos frecuentes estuvieran asociados con el trastorno de la personalidad y la severidad del caso se debía, por lo menos en parte, a la cronicidad de los acontecimientos y a la respuesta del paciente a esa cronicidad; si en la vida de alguien son inusualmente frecuentes los acontecimientos negativos, no es improbable un pesimismo acentuado respecto de uno mismo, del mundo y del futuro. En contraste, los pacientes que lograban evitar los factores de estrés vital podían habitar un mundo personal relativamente seguro y tener tasas muy bajas de trastornos de la personalidad *clínicamente evidentes*. En un estudio sobre las derivaciones psiquiátricas a un hospital militar en tiempos de paz, por ejemplo, la única diferencia notable entre esos pacientes y los similares atendidos en escenarios civiles era una tasa muy baja de trastornos de la personalidad diagnosticables (Hales, Polly, Bridenbaugh y Orman, 1986). La aparición clínica de un trastorno de la personalidad no es en sí misma indicativa de que el paciente tenga o no esquemas desviados. Como lo atestigua la extensa literatura sobre las profecías de autocumplimiento, es posible realizar predicciones sistemáticamente distorsionadas a partir de esquemas erróneos, y no obstante vivir de un modo congruente, porque se restringe la asunción de riesgos y no se ensayan esquemas alternativos más exactos (Jones, 1977).

Estudios e investigaciones clínicas

La mayoría de las publicaciones que presentan enfoques de desarrollo reciente sobre la conceptualización y el tratamiento de los trastornos de la personalidad tienen una base teórica o clínica, y la investigación de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual de esos desórdenes está en su infancia (véase Fleming y Pretzer, en prensa, y Pretzer y Fleming, 1989, como reseñas recientes). En particular, existen pocos estudios bien controlados de resultados que examinan específicamente la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales con individuos que cumplen claramente los criterios diagnósticos de los desórdenes de la personalidad. Por fortuna, hay una masa creciente de pruebas sobre lo acertado de las concepciones cognitivo-conductuales de los trastornos de la personalidad, así como de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con individuos con diagnósticos de trastorno de la personalidad (véase la tabla 1.1). El examen de estos datos nos permite ser optimistas, pero también revela con gran claridad que se necesitan investigaciones mucho más empíricas en las que pueda apoyarse el tratamiento efectivo de estos complejos problemas.

TABLA 1.1. ***Datos acerca de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales con trastornos de la personalidad***

Trastorno de la personalidad	Informes clínicos no controlados	Estudios con diseños de caso único	Estudios sobre los efectos de los trastornos de la personalidad en el resultado del tratamiento	Estudios controlados de resultados
Antisocial	+	—	+	*a*
Por evitación	+	+	±	+
Límite	±	—	+	±
Por dependencia	+	+	+	
Histriónico	+		—	
Narcisista	+	+		
Obsesivo-compulsivo	+	—		
Paranoide	+	+		
Pasivo-agresivo	+		+	
Esquizoide	+			
Esquizotípico	+			

Nota: +: intervenciones cognitivo-conductuales que resultaron eficaces; +/-: intervenciones cognitivo-conductuales que no resultaron eficaces; ±: resultados mixtos. Las intervenciones cognitivo-conductuales fueron eficaces con pacientes con un trastorno antisocial de la personalidad sólo cuando los individuos estaban deprimidos en el pretest.

Informes clínicos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales

Las primeras publicaciones que consideraron explícitamente el tratamiento de los trastornos de la personalidad con una perspectiva cognitivo-conductual se basaban en observaciones no controladas de clínicos que se habían encontrado con clientes con trastornos de la personalidad en el curso de su práctica. Algunas de las primeras discusiones sobre la eficacia (o falta de eficacia) de los tratamientos cognitivo-conductuales de clientes con diagnósticos de trastorno de la personalidad se produjeron a propósito de casos que no respondían a ese tratamiento. Por ejemplo, en un capítulo sobre los fracasos de la terapia cognitiva con la depresión, Rush y Shaw (1983) informaron que una proporción sustancial de esos resultados negativos correspondían a individuos con trastornos límite, y sostuvieron que la terapia cognitiva no podía tratar con éxito ese trastorno de la personalidad.

Pero el mismo año se presentaron varios trastornos de base clínica, que

comunicaron el éxito del tratamiento de algunos trastornos de la personalidad con terapia cognitiva (Fleming, 1983; Pretzer, 1983; Simón, 1983; Young, 1983). En los últimos años ha habido un flujo constante de material clínico (Fleming, 1985, 1988; Freeman y otros, 1990; Linehan, 1987a,b; Mays, 1985; Overholser, 1987; Perry y Flannery, 1982; Pretzer, 1985, 1988; Simón, 1985), y actualmente ya se tiene noticia de por lo menos un éxito limitado en el tratamiento de todos los trastornos de la personalidad. No obstante, hay que ser cauteloso al interpretar estos informes clínicos de tratamientos logrados. Cuando un clínico comunica resultados positivos o negativos correspondientes al empleo de intervenciones determinadas con un determinado paciente, es imposible establecer con alguna certidumbre si el resultado se debió a las intervenciones utilizadas, a efectos no específicos del tratamiento, a características idiosincrásicas del paciente, a acontecimientos independientes del tratamiento o a una remisión espontánea. Estas limitaciones aumentan cuando el informe presenta defectos metodológicos adicionales que, aunque no intrínsecos en todo informe clínico, son sumamente comunes.

Por ejemplo, en un estudio sobre la eficacia de las intervenciones conductuales con clientes histriónicos, Kass, Silvers y Abrams (1972) describen el tratamiento de un grupo de pacientes internados en el que se reforzaron los aspectos asertivos y se extinguieron las respuestas disfuncionales abiertamente emocionales. Según los autores, este enfoque fue útil con cuatro de los cinco miembros del grupo. Aunque sus resultados son alentadores, el estudio presenta varios defectos. En primer lugar, los diagnósticos se basaron en criterios idiosincrásicos que no se correspondían claramente con los del DSM-II, y no se incluyó ningún control de su validez. Por lo tanto, no está claro en qué medida los sujetos eran representativos de los individuos con un diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad. En segundo término, la mejoría de cuatro de los cinco sujetos fue definida sobre la base de la evaluación subjetiva de los autores, quienes no comunicaron ningún dato sobre resultados o seguimientos. En tales condiciones, resulta difícil evaluar la eficacia del tratamiento o en qué medida persistieron los cambios comunicados. Finalmente, puesto que la experiencia se realizó con un solo terapeuta, es difícil determinar si los resultados se debieron al tratamiento empleado o a factores no específicos de éste, como por ejemplo el apoyo emocional proporcionado por el grupo o el carisma y entusiasmo del terapeuta. Los informes clínicos son interesantes y estimulantes, y pueden ser muy valiosos para generar hipótesis y promover la realización de investigaciones más rigurosas, pero la falta de controles experimentales y los múltiples factores que pueden distorsionar los resultados impiden interpretarlos de modo concluyente y zanjar las contradicciones de informes opuestos.

Estudios basados en diseños de caso único

En vista de la generalización limitada de los resultados comunicados en informes no controlados, existe una necesidad obvia de realizar investigaciones empíricas sobre el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. No obstante, algunos problemas prácticos hacen difícil llevar a cabo la cantidad de estudios necesarios para desarrollar y refinar los enfoques cognitivo-conductuales de estos trastornos. Además de los problemas con que se enfrenta cualquier estudio sobre resultados de tratamientos, puede ser difícil reunir una muestra de individuos claramente adecuados a los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad que se investiga, y la extensión del tratamiento requerido por muchos sujetos con trastornos de la personalidad convierte en una empresa importante cualquier estudio de resultados.

Turkat y sus colaboradores (por ejemplo Turkat y Carlson, 1984; Turkat y Levin, 1984; Turkat y Maisto, 1985) han propuesto un enfoque de base empírica para comprender y tratar los trastornos de la personalidad, evitando muchos de los problemas prácticos que se hallan en los estudios controlados de resultados. Este enfoque consiste en utilizar diseños experimentales de caso único. En primer lugar se desarrollan estudios conceptuales de cada paciente partiendo de una evaluación completa. A continuación se generan y ponen a prueba hipótesis específicas, utilizándose las medidas disponibles más apropiadas para confirmar la validez del planteamiento conceptual.

Después de esto, se diseña un plan de tratamiento basado en dicho planteamiento y, si las intervenciones demuestran ser eficaces, se considera que el hecho proporciona un respaldo adicional a la formulación del caso realizada por los investigadores. Se entiende que las intervenciones no logradas plantean interrogantes sobre la validez del planteamiento y aconsejan una reevaluación.

Los resultados comunicados por Turkat y Maisto (1985) se resumen en la tabla 1.2. Los ejemplos de casos sobre los que informan estos autores proporcionan pruebas empíricas de que las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en planteamientos individualizados pueden ser eficaces con por lo menos algunos individuos que presentan trastornos de la personalidad. Dado que, para documentar los cambios posteriores y el seguimiento, en algunos de los casos se emplearon tanto la observación conductual como mediciones establecidas, estos informes proporcionan pruebas más fuertes que las de los informes. En varios de estos casos resultaron eficaces las intervenciones basadas en un planteamiento individualizado del trastorno del cliente, cuando el tratamiento sintomático solo no había tenido éxito. Por ejemplo, Turkat y Carlson (1984) presentan el interesante ejemplo de una mujer de cuarenta y ocho años que dijo padecer ansiedad y conducta de evitación desde el momento en que su hija fue diagnosticada como diabética. Cuando se empleó un tratamiento estrictamente sintomático, conductual, para reducir la ansiedad y la conducta evitativa, los síntomas disminuyeron sustancialmente, pero sólo para reaparecer con toda su fuerza al reducirse la frecuencia de sesiones de terapia. El caso

fue replanteado como ansiedad relacionada con la toma independiente de decisiones, y se revisó el tratamiento para centrarlo en la exposición gradual a la toma independiente de decisiones; entonces la intervención resultó un éxito, con una mejoría significativa en la autoevaluación de la ansiedad que subsistía durante el seguimiento realizado a los once meses. Ejemplos como éste respaldan la idea de Turkat en cuanto a que las intervenciones basadas en formulaciones específicas son más eficaces que los tratamientos basados simplemente en intervenciones que apuntan a síntomas.

TABLA 1.2. ***Casos de trastornos de la personalidad comunicados por Turkat y Maisto (1985)***

Trastorno de la personalidad	N	% de la muestra [a]	N con resultado comunicado	Resultado comunicado	Tipo de datos sobre el resultado
Antisocial	2	2,7	2	Sujetos no interesados en el tratamiento	
Por evitación	4	5,4	1	Mejoría gradual en dos años de tratamiento	Anecdóticos
Límite	1	1,4	11	Tratamiento interrumpido prematuramente	
Compulsivo	6	8,1	5	Sujetos no dispuestos a comprometerse con el tratamiento	
Por dependencia	1	1.4	1	Ansiedad, evitación y depresión reducidas; aumento de la independencia	Autoevaluaciones con ítems jerárquicos, seguimiento al año
Histriónico	8	10,8	1	Incapaz de desarrollar *la formulación* y el plan de tratamiento	
Narcisista	2	2,7	1	Estado de *ánimo*, *control* de los impulsos y conformidad	

➔

TABLA 1.2. (*Continuación*)

				mejoran, pero el tratamiento termina prematuramente	Autoinforme, observación
Paranoide	8	10,8	1	Aptitudes sociales y tolerancia a la crítica mejoradas; defensividad reducida	Autoinforme, observación
Pasivo-agresivo	1	1,4	1	Incapaz de desarrollar la formulación y el plan del tratamiento	
Esquizoide	2	2,7	2	Incapaz de desarrollar la formulación y el plan del tratamiento	
Esquizotípico	0	0			
Total		35	47,4	16	

Nota: Adaptado de «Personality Disorders: Application of the Experimental Method to the Formulation and Modification of Personality Disorders» de I. D. Turkat y S. A. Maisto, 1985, en D. H. Barlow (comp.): *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Nueva York, Guilford Press.

La muestra total consistía en 74 pacientes atendidos en un servicio de psicología clínica albergado en un centro de investigación y entrenamiento sobre la diabetes.

El tipo de diseño de caso único propugnado por Turkat para hacer progresar nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad presenta sustanciales ventajas sobre los informes no controlados. En cuanto las hipótesis específicas están claramente formuladas y se someten a prueba utilizando mediciones apropiadas, puede reducirse al mínimo la distorsión subjetiva al interpretar las observaciones y evaluar la validez de los planteamientos conceptuales. No obstante, una limitación importante de los diseños de caso único consiste en que resulta difícil determinar hasta qué punto el sujeto de un ensayo particular de tratamiento es un representante típico de otros individuos incluidos en la misma categoría diagnóstica. Un planteamiento de la intervención terapéutica que demuestra ser válido en un caso particular puede o no ser generalizable a otros individuos. Por ejemplo, si bien Turkat y sus colaboradores han presentado las conceptualizaciones y estrategias individualizadas que emplearon con ciertos clientes, se muestran cautelosos en cuanto a la generalización de esas ideas a otros individuos con los mismos diagnósticos.

Se puede pensar que una serie suficientemente grande de estudios de caso único

que produjeron resultados similares proporciona una base para generalizar los descubrimientos a otras muestras. Ahora bien, realizar una larga serie de estudios de caso único significaría sacrificar muchas de las ventajas prácticas de esta metodología, sin ningún beneficio en términos de un mejor control experimental y un análisis estadístico más refinado —ventajas que es posible obtener con estudios controlados de los resultados—. Se diría que los diseños de caso único son útiles para el desarrollo y refinamiento de planteamientos conceptuales y estrategias de intervención basados en la experiencia clínica. Se necesitarán estudios que utilicen diseños tradicionales con sujetos múltiples para poner a prueba su generalizabilidad.

Debe observarse que los resultados generales obtenidos por Turkat y sus colaboradores, presentados en la tabla 1.2, indican que el tratamiento fue ineficaz con muchos clientes. Las dificultades más comunes mencionadas por los investigadores eran la incapacidad para desarrollar un enfoque del tratamiento basado en una formulación específica, el hecho de que los sujetos no estuvieran dispuestos a comprometerse con el tratamiento y que éste acabara prematuramente. El enfoque de Turkat es muy prometedor, pero este programa de investigación está en su fase inicial, y los datos publicados se refieren sólo a una muestra limitada.

Estudios sobre los efectos del tratamiento sintomático

Las conductas y los síntomas característicos de los trastornos de la personalidad no son exclusivos de esos trastornos. Los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales de problemas tales como la conducta impulsiva, las habilidades sociales pobres y la expresión inadecuada de la ira cuentan con un aval empírico considerable. Esto ha llevado a algunos autores a afirmar que el tratamiento de los trastornos de la personalidad consiste simplemente en abordar una a una las conductas problemáticas o cada uno de los síntomas que presenta el paciente. Por ejemplo, Stephens y Parks (1981) consideran el tratamiento de estos clientes tomando síntoma por síntoma, sin presentar una mayor conceptualización global de los trastornos de la personalidad ni discutir si el tratamiento de los síntomas en clientes con trastornos de la personalidad difiere del tratamiento de los mismos síntomas en otros clientes.

A menudo se ha dado por supuesto que las intervenciones que resultaron eficaces con individuos no diagnosticados como pacientes con trastornos de la personalidad serán igualmente eficaces para tratar problemas similares en individuos con tal diagnóstico. Por ejemplo, al reseñar la base empírica de este enfoque, Stephens y Parks citan datos sobre la eficacia de las intervenciones conductuales para el tratamiento de cada una de las diez categorías de conducta inadaptada característica de los individuos con trastornos de la personalidad. Pero la gran mayoría de los estudios citados fueron realizados con sujetos no diagnosticados como pacientes con trastornos de la personalidad, o con sujetos que tenían diagnósticos diversos, entre los cuales había algunos con trastornos de la personalidad. De modo análogo, Pilkonis (1984), al examinar el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación, proporciona un resumen conciso de la literatura sobre la ansiedad social y la evitación

interpersonal, pero no advierte que los estudios citados se realizaron con sujetos que iban desde estudiantes tímidos hasta internados psicóticos, con pocos individuos que cumplieran claramente con los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad por evitación.

De los informes citados antes, según los cuales las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales son menos eficaces con clientes que presentan trastornos de la personalidad (por ejemplo Mays, 1985; Rush y Shaw, 1983), se desprende claramente que el descubrimiento de que un síntoma o conducta problemática particulares pueden tratarse eficazmente en una muestra heterogénea de sujetos, no implica necesariamente que la intervención de la que se habla sea igualmente eficaz cuando se aplica a clientes con un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Es esencial investigar empíricamente la validez de la generalización de los descubrimientos de la investigación en sujetos sin un trastorno de la personalidad a individuos con trastornos de la personalidad.

Varios estudios clínicos que examinaron la eficacia del tratamiento conductual estándar en sujetos con diagnóstico de un trastorno de la personalidad, comparados con sujetos sin trastornos de la personalidad, proporcionan datos acerca de esta cuestión. Al poner a prueba un tratamiento cognitivo-conductual con pacientes externos severamente bulímicos, Giles, Young y Young (1985) encontraron que un programa de tratamiento que combinara la prevención de la respuesta, la educación y la reestructuración cognitiva era eficaz con la mayoría de los sujetos (22 fueron tratados con éxito, 6 desertaron del tratamiento y 6 no respondieron a él). De los seis sujetos con los que no se tuvo éxito a pesar de que continuaron en tratamiento durante todo el estudio, cuatro satisfacían los criterios diagnósticos del DSM-III para el trastorno límite de la personalidad. Ninguno de los sujetos tratados con éxito manifestó un trastorno límite de la personalidad. De modo análogo Turner (1987) encontró que los pacientes aquejados de fobia social sin trastornos concurrentes de la personalidad mejoraban notoriamente después de un tratamiento grupal de quince semanas, y conservaban esa mejoría en un seguimiento realizado al año. No obstante, los sujetos que satisfacían los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad además de su fobia social presentaban poca o ninguna mejoría en el postratamiento y en el seguimiento al año.

En un estudio sobre el tratamiento de la agorafobia, Mavissakalian y Hamman (1987) hallaron que el 75 por ciento de los sujetos agorafóbicos con baja puntuación en trastornos de la personalidad respondían bien a un tratamiento conductual y farmacológico de tiempo limitado. No obstante, sólo el 25 por ciento de los sujetos con puntuación alta en trastornos de la personalidad respondían a este tratamiento. Es interesante que los investigadores hayan encontrado que cuatro de los siete sujetos que cumplían los criterios diagnósticos de un solo trastorno de la personalidad antes del tratamiento dejaron de cumplirlos después, mientras que los sujetos a los que se había diagnosticado más de un trastorno de la personalidad tendían a obtener los

mismos diagnósticos, o diagnósticos de otros trastornos de la personalidad, después del tratamiento. Además Mavissakalian y Hamman hallaron que no todos los trastornos de la personalidad respondían igual o eran igualmente resistentes al tratamiento. Las características asociadas con los trastornos de la personalidad límite, por dependencia y pasivo-agresivo eran los que más respondían al tratamiento de la agorafobia, mientras que las características asociadas con los trastornos de la personalidad histriónico y por evitación presentaban pocos cambios.

Chambless y Renneberg (1988) realizaron un estudio similar al de Mavissakalian y Hamman, analizando el impacto de los trastornos de la personalidad sobre el resultado del tratamiento de sujetos agorafóbicos. Estos investigadores encontraron que si bien un tratamiento grupal intensivo era más eficaz en general que la terapia individual semanal, los sujetos con un diagnóstico concurrente de trastornos de la personalidad por evitación no respondían significativamente mejor al tratamiento grupal intensivo que al tratamiento individual semanal en cuanto a los síntomas agorafóbicos. Los sujetos con trastorno pasivo-agresivo de la personalidad respondían de un modo particularmente pobre a la terapia individual semanal, y sacaban más partido de la terapia grupal intensiva.

En cada uno de estos estudios sobre los resultados, la mayoría de los individuos con diagnóstico de trastorno de la personalidad respondían pobremente a los tratamientos conductuales establecidos, lo que sugiere que no puede darse por sentado que la eficacia de las intervenciones conductuales con muestras estándar sean generalizables a muestras de personas con un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Sin embargo, a pesar de esos resultados en general pobres, las intervenciones conductuales fueron eficaces con por lo menos algunos individuos que presentaban trastornos de la personalidad. Es particularmente interesante observar que cuando las intervenciones conductuales eran eficaces, se lograban cambios amplios en muchos aspectos de la vida de los pacientes; la mejoría no se limitaba a las conductas-problema específicas que estaban en el objetivo del tratamiento.

Estudios controlados de resultados

Hasta ahora, los estudios controlados de los resultados del tratamiento cognitivo-conductual en clientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad sólo han abordado unos pocos de estos trastornos, y ninguno de dichos estudios ha recibido réplica alguna. Por lo tanto, no proporcionan una base para extraer conclusiones firmes. Pero los datos publicados hasta la fecha son alentadores.

En un estudio sobre el tratamiento de individuos que se quejaban de ansiedad social, el entrenamiento breve en habilidades sociales combinado con intervenciones cognitivas demostró ser eficaz para aumentar la frecuencia de la interacción social y reducir la ansiedad social en sujetos con trastornos de la personalidad por evitación

(Stravynski, Marks y Yule, 1982). Este estudio encontró que la combinación del entrenamiento en habilidades sociales con el tratamiento cognitivo no era más eficaz que el entrenamiento en habilidades sociales solo; a juicio de los autores, este resultado demostraba la «falta de valor» de las intervenciones cognitivas. Sin embargo, debería señalarse que todos los tratamientos fueron realizados por un único terapeuta (que era también el principal investigador), y que sólo se empleó una de las muchas intervenciones cognitivas posibles (cuestionamiento de las creencias irracionales). Greenberg y Stravynski (1985) observan que el miedo al ridículo del cliente evitativo parece influir en la terminación prematura del tratamiento en muchos casos, y sostienen la necesidad de que el entrenamiento en aptitudes sociales incluya como tema la respuesta al rechazo y la turbación, tanto como la práctica de la conducta socialmente aplicada. Estos autores dicen que las intervenciones que modifican aspectos importantes de las cogniciones del cliente pueden suponer una aportación sustancial a la eficacia de la intervención. El trastorno antisocial de la personalidad ha sido ampliamente considerado como impermeable al tratamiento externo. No obstante, un informe reciente demuestra que una terapia breve cognitivo-conductual en régimen ambulatorio puede ser eficaz con por lo menos algunos clientes que padecen este trastorno. En un estudio sobre el tratamiento de adictos al opio en un programa de mantenimiento con metadona, Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien (1985) encontraron que los sujetos que satisfacían los criterios diagnósticos del DSM-III para la depresión grave y el trastorno antisocial de la personalidad respondían bien al tratamiento breve con la terapia cognitiva de Beck (Beck y otros, 1979) o a una psicoterapia de apoyo y expresión sistematizada de Luborsky (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985). Estos sujetos presentaron una mejoría estadísticamente significativa en 11 de las 22 variables de resultado empleadas, que incluían síntomas psiquiátricos, uso de drogas, empleo y actividad ilegal. Los sujetos que satisfacían los criterios del trastorno antisocial de la personalidad, pero no de la depresión grave, respondieron poco al tratamiento, mejorando sólo en 3 de las 22 variables. Esta pauta de resultados se mantuvo en un seguimiento realizado a los siete meses. Los sujetos a los que no se diagnosticó un trastorno antisocial manifiesto respondieron al tratamiento mejor que los sociópatas; no obstante, con los sociópatas que estaban inicialmente deprimidos los resultados fueron sólo ligeramente peores que con los no sociópatas, mientras que fueron mucho peores con los sociópatas no deprimidos. El hecho de que dos intervenciones totalmente distintas resultaran de igual eficacia podría sugerir que la mejoría se debió a efectos específicos de los tratamientos. Sin embargo, el grado de acuerdo del terapeuta con el manual de tratamiento correspondiente en cada caso estaba correlacionado significativamente con el grado de mejoría, tanto entre los diversos terapeutas como dentro del conjunto de casos de cada terapeuta (Luborsky y otros 1985). Esto demostraría que la mejoría fue realmente específica del tratamiento.

Linehan y sus colaboradores (Linehan, Armstrong, Alimón, Suárez y Miller,

1988; Linehan, Armstrong, Suárez y Alimón, 1988) han comunicado recientemente los datos obtenidos en un estudio de resultados sobre la terapia conductual dialéctica y en el «tratamiento usual» con una muestra de sujetos límite con una historia de tentativas de suicidio. Encontraron que los pacientes en terapia conductual dialéctica tenían una tasa de deserción significativamente más baja y una conducta de autolesión significativamente menor que los sujetos que recibían el «tratamiento usual». No obstante, los dos grupos presentaron sólo una mejoría general modesta en la depresión u otra sintomatología, y no diferían significativamente en esas áreas. Aunque los resultados sean modestos, es alentador encontrar que un año de tratamiento cognitivo-conductual pudo producir una mejoría duradera en una muestra de sujetos que no sólo satisfacían los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad, sino que también estaban más perturbados que muchas de las personas con este trastorno. Los sujetos de Linehan y otros eran parasuicidas crónicos, tenían historias de múltiples hospitalizaciones psiquiátricas y no conservaban sus empleos, debido a sus síntomas psiquiátricos. Muchos individuos que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad no son en términos generales parasuicidas, se los hospitaliza pocas veces y conservan sus empleos.

Las pruebas de que el tratamiento cognitivo-conductual puede producir resultados benéficos en problemas difíciles tales como el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad, son muy alentadoras. Pero está claro que sería prematuro extraer conclusiones acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con trastornos específicos de la personalidad. En particular, muchos de los tratamientos más globales propuestos en los últimos años todavía no han sido puestos a prueba empíricamente, y sin duda las intervenciones cognitivo-conductuales «estándar» a menudo demuestran ser ineficaces en clientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Conclusiones

En vista de la difusión de los trastornos de la personalidad y del consenso en cuanto a que la intervención conductual y cognitivo-conductual es muy complicada en estos casos, tiene indudable importancia que estos trastornos estén continuamente en el objetivo de la investigación empírica, la innovación teórica y la experimentación clínica. Por el momento, las recomendaciones para el tratamiento basadas en la observación clínica y en un limitado fundamento empírico son lo mejor que podemos

ofrecer a los clínicos que tienen que trabajar hoy en día con clientes que presentan trastornos de la personalidad. Esto es preferible a esperar el desarrollo de técnicas de tratamiento empíricamente validadas. Por fortuna, algunos clínicos informan que cuando las intervenciones cognitivo-conductuales se basan en conceptualizaciones [*conceptualizations*] individualizadas de los problemas de los clientes, y cuando los aspectos interpersonales de la terapia reciben suficiente atención, muchos clientes con trastornos de la personalidad pueden tratarse con total eficacia.

CAPÍTULO 2

TEORÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Este capítulo presenta una teoría de los trastornos de la personalidad en el contexto global del origen, el desarrollo y la función de la personalidad. La exposición apunta principalmente a mostrar de qué modo los procesos de la personalidad se forman y operan al servicio de la adaptación. Antes de presentar una sinopsis de nuestra teoría del trastorno de la personalidad, reseñaremos nuestros conceptos de la personalidad y a continuación los relacionaremos con dichos trastornos.

Iniciamos esta exposición con una explicación especulativa del modo como los prototipos de nuestras pautas de personalidad pueden derivarse de la herencia filogenética. Las «estrategias» genéticamente determinadas que facilitaron la supervivencia y la reproducción fueron presumiblemente favorecidas por la selección natural. Derivados de esas estrategias primitivas pueden observarse en forma exagerada en los síndromes sintomáticos tales como los trastornos por ansiedad y la depresión, así como en los trastornos de la personalidad, como el trastorno por dependencia.

A continuación avanzamos a lo largo del continuo que va desde las estrategias basadas en la evolución hasta una consideración del modo como el procesamiento de la información, que incluye los procesos afectivos, precede a la puesta en práctica de esas estrategias. En otras palabras: la evaluación de las exigencias particulares de una situación es anterior y desencadena una estrategia adaptativa (o inadaptada). La manera de evaluar una situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas «esquemas», que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. La secuencia psicológica pasa entonces de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Consideramos que las estructuras básicas (esquemas) de las que dependen estos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, son las unidades fundamentales de la personalidad.

Los «rasgos» de la personalidad identificados con adjetivos tales como «dependiente», «retraída», «agobiante», o «extravertida» pueden conceptualizarse como expresiones abiertas de estas estructuras subyacentes. Al asignar significados a los acontecimientos, las estructuras cognitivas inician una reacción en cadena que culmina en los tipos de conducta abierta (estrategias) que se atribuyen a los rasgos de la personalidad. Las pautas conductuales que comúnmente adscribimos a los rasgos o disposiciones de la personalidad («honesto», «tímido», «sociable»), representan en consecuencia estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales.

Atributos tales como la dependencia y la autonomía, conceptualizados en las teorías motivacionales de la personalidad como impulsos básicos, pueden considerarse como funciones de conglomerados de esquemas básicos. En términos conductuales o funcionales, los atributos pueden denominarse «estrategias básicas». Estas funciones específicas se observan de modo hipertrofiado en algunas de las pautas conductuales abiertas atribuidas, por ejemplo, a los trastornos de la personalidad esquizoide o por dependencia.

Pasamos ahora al tema de la activación (y sus modalidades) de los esquemas, y su expresión en la conducta. Habiendo sentado las bases de nuestra teoría de la personalidad, pasamos a reseñar la relación de estas estructuras con la psicopatología. La activación pronunciada de esquemas disfuncionales está en el núcleo de los denominados trastornos del Eje I, como por ejemplo la depresión. Los esquemas más idiosincrásicos, disfuncionales, desplazan a los más adaptativos, orientados a la realidad, en funciones tales como el procesamiento de la información, el recuerdo y la previsión. Por ejemplo, en la depresión, la modalidad organizada en torno al tema de la autonegación se vuelve dominante. En los trastornos de ansiedad, hay un predominio de la modalidad correspondiente al peligro personal; en los trastornos por angustia, se moviliza la modalidad correspondiente a la catástrofe inminente.

Las creencias disfuncionales típicas y las estrategias mal adaptadas que se expresan en trastornos de la personalidad hacen a los individuos sensibles a experiencias vitales que inciden en su vulnerabilidad cognitiva. Así, el trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una sensibilidad a la pérdida de amor y ayuda; el narcisista es sensible al atentado contra su autoestima; el histriónico, al fracaso cuando intenta manipular a los demás para obtener atención y apoyo. La vulnerabilidad cognitiva se basa en creencias extremas, rígidas e imperativas. En un terreno especulativo, pensamos que esas creencias disfuncionales se originan en la interacción de la predisposición genética del individuo con su exposición a influencias indeseables de otras personas y a hechos traumáticos específicos.

La evolución de las estrategias interpersonales

Nuestra concepción de la personalidad tiene en cuenta el papel desempeñado por la historia evolutiva en la conformación de nuestras pautas de pensamiento, sentimiento y acción. Podemos comprender mejor las estructuras, funciones y procesos de la personalidad si examinamos las actitudes, los sentimientos y la conducta a la luz de

su posible relación con estrategias etológicas.

Gran parte de la conducta que observamos en animales no humanos se considera en general «programada». Los procesos subyacentes están programados y se expresan en la conducta manifiesta. El desarrollo de esos programas a menudo depende de la interacción con la experiencia de las estructuras determinadas genéticamente. Se puede suponer que en los seres humanos existen procesos evolutivos similares (Gilbert, 1989). Es razonable considerar que en nuestros procesos automáticos (el modo como construimos los acontecimientos, sentimos y nos disponemos a actuar) influyen procesos cognitivo-afectivo-motivacionales antiguos. Los programas involucrados en el procesamiento cognitivo, el afecto, la excitación y la motivación, pueden haber evolucionado como consecuencia de su capacidad para sostener la vida y promover la reproducción.

Es presumible que la selección natural haya generado algún tipo de ajuste entre la conducta programada y las exigencias del ambiente. Pero nuestro ambiente ha cambiado con más rapidez que nuestras estrategias adaptativas automáticas —en gran medida como resultado de las modificaciones que nosotros mismos le hemos impuesto al medio social—. Así, las estrategias de predación, competencia y sociabilidad que fueron útiles en entornos más primitivos ya no se adecúan al sistema actual de una sociedad altamente individualizada y tecnológica, con su propia organización cultural y social especializada. Una inadecuación puede ser un factor en el desarrollo de la conducta que diagnosticamos como «trastorno de la personalidad».

Con independencia del valor para la supervivencia que tuvieron en sus escenarios más primitivos, algunas de estas pautas derivadas de la evolución se vuelven problemáticas en nuestra cultura actual porque obstaculizan el logro de las metas personales o entran en conflicto con las normas grupales. Por ejemplo, las estrategias predatorias o competitivas altamente desarrolladas que podían promover la supervivencia en condiciones primitivas quizá no se adecúen al medio social y desemboquen en un «trastorno antisocial de la personalidad». De modo análogo, un tipo de comportamiento exhibicionista, que en la vida salvaje habría atraído ayuda y contribuido a obtener pareja, puede ser excesivo o inapropiado en la sociedad contemporánea. Es sumamente probable que esas pautas causen problemas si son inflexibles y relativamente incontroladas.

Los síndromes sintomáticos (trastornos del Eje I) pueden también conceptualizarse en términos de principios evolucionistas. Por ejemplo, la pauta de lucha o fuga, si bien fue presumiblemente adaptativa en situaciones de emergencia arcaicas con peligro físico, podría formar el sustrato de un trastorno por ansiedad o de un estado de hostilidad crónico. La misma pauta de respuesta que se activaba a la vista de un predador, es también movilizada por la amenaza de traumas psicológicos tales como el rechazo o la desvalorización (Beck y Emery con Greenberg, 1985). Cuando esta respuesta psicofisiológica —percepción del peligro y excitación del sistema nervioso autónomo— es desencadenada por la exposición a un espectro

amplio de situaciones interpersonales potencialmente aversivas, el individuo vulnerable puede manifestar un trastorno por ansiedad diagnosticable.

De modo análogo, la diversidad de dotación genética explicaría las diferencias individuales de personalidad. Así, un individuo puede estar predispuesto a «quedarse frío» frente al peligro, otro a atacar, un tercero a evitar toda fuente de peligro potencial. Estas diferencias de conducta manifiesta o de estrategia —que pueden tener valor de supervivencia en ciertas situaciones— reflejan características relativamente duraderas, típicas de ciertos «tipos de personalidad» (Beck y otros, 1985). Una exageración de esas pautas lleva a un trastorno de la personalidad; por ejemplo, el trastorno de la personalidad por evitación tal vez refleje una estrategia de retraimiento o evitación ante cualquier situación que suponga la posibilidad de desaprobación social.

¿Por qué aplicamos el término «estrategia» a características tradicionalmente denominadas «rasgos de personalidad» o «pautas de conducta»? Las estrategias en este sentido pueden considerarse formas de conducta programada destinadas a servir a metas biológicas. Aunque el término implica un plan racional, consciente, aquí no lo empleamos en ese sentido, sino más bien como lo hacen los etólogos, para indicar conductas estereotipadas, altamente pautadas, favorables a la supervivencia individual y la reproducción (Gilbert, 1989). Se puede considerar que estas pautas de conducta tienen como meta final la supervivencia y la reproducción: la «eficacia reproductiva» o la «capacidad de adaptación». Estas estrategias evolutivas fueron descritas hace doscientos años por Erasmus Darwin (1791; citado por Eisely, 1961), abuelo de Charles Darwin, como expresiones de hambre, deseo sexual y deseo de seguridad.

Aunque los organismos no se percatan de la meta final de estas estrategias biológicas, son conscientes de los estados subjetivos que reflejan su modo de operación (el hambre, el miedo o la excitación sexual), así como de las recompensas y los castigos que acompañan a su satisfacción o no satisfacción (principalmente, el placer o el dolor). Nos sentimos incitados a comer para aliviar el malestar del hambre, pero también para obtener una satisfacción. Buscamos relaciones sexuales para reducir la tensión sexual y también para lograr gratificación. Nos vinculamos a otras personas para aliviar la soledad, pero también para obtener el placer de la camaradería y la intimidad. En suma, cuando experimentamos una presión interna que apunta a la satisfacción de ciertos deseos inmediatos —como por ejemplo obtener placer y aliviar la tensión— por lo menos en alguna medida podemos estar realizando metas evolutivas muy amplias.

En los seres humanos, el término «estrategia» puede aplicarse análogamente a formas de conducta que pueden ser adaptativas o inadaptadas, según las circunstancias. El egocentrismo, la competitividad, el exhibicionismo y la evitación de lo desagradable pueden ser adaptativos en ciertas situaciones, pero muy inadaptados en otras. Puesto que sólo podemos observar la conducta manifiesta de las

otras personas, surge el interrogante de cómo están relacionadas con las estrategias nuestros estados inconscientes (pensamientos, sentimientos y deseos). Si examinamos las pautas cognitivas y afectivas, advertimos una relación específica entre ciertas creencias y actitudes, por una parte, y la conducta por la otra.

Un modo de ilustrar esta relación consiste en examinar los procesos exagerados que se observan en individuos con diversos trastornos de la personalidad, y comparar las actitudes típicas específicas asociadas a esos desórdenes con las estrategias correspondientes. Como se ve en la tabla 2.1, es posible señalar una actitud típica asociada con cada uno de los trastornos tradicionales de la personalidad. Puede verse que la estrategia específica representativa de un trastorno particular se desprende lógicamente de esta actitud característica.

TABLA 2.1. ***Creencias básicas y estrategias asociadas con los trastornos tradicionales de la personalidad***

Trastorno de la personalidad	Creencias/ actitudes básicas	Estrategia (conducta manifiesta)
Por dependencia	Estoy desvalido	Apego
Por evitación	Pueden hacerme daño	Evitación
Pasivo-agresivo	Podría ser dominado	Resistencia
Paranoide	*Las personas son* adversarios potenciales	*Cautela*
Narcisista	Soy especial	Autoexaltación
Histriónico	Necesito impresionarles	Dramatismo
Obsesivo-compulsivo	Los errores son malos. No debo equivocarme	Perfeccionismo
Antisocial	Las personas están para dominarlas	Ataque
Esquizoide	Necesito mucho espacio	Aislamiento

Esta tabla (así como las correspondientes del capítulo 3) no incluye el trastorno límite ni el trastorno esquizotípico. Estos dos trastornos —a diferencia del resto— no presentan un conjunto idiosincrásico típico de creencias y estrategias. Por ejemplo, en el trastorno límite puede haber una amplia variedad de creencias y pautas de conducta típicas que son características de toda la gama de los trastornos de la personalidad. Este desorden se distingue por características que tienen más que ver con el «déficit del yo» que con un contenido específico de creencias. El desorden esquizotípico se

caracteriza más precisamente por peculiaridades del pensamiento y no por un contenido idiosincrásico.

En la primera columna de la tabla 2.1 vemos los trastornos de la personalidad; la segunda presenta las actitudes correspondientes que subyacen en la conducta manifiesta, y la tercera columna traduce a una estrategia la pauta conductual idiosincrásica. Se sigue lógicamente que un trastorno de la personalidad por dependencia, caracterizado por una conducta de apego excesivo, se desprenderá de un sustrato cognitivo basado en parte en el miedo al abandono; la conducta de evitación derivará del miedo a ser dañado, y las pautas pasivo-agresivas se originarán en la preocupación por ser dominado. Las observaciones clínicas de las que se han extraído estas formulaciones serán examinadas en capítulos posteriores.

Decimos que tales estrategias podrían analizarse en términos de sus posibles antecedentes en nuestro pasado evolutivo. La conducta dramática de la personalidad histriónica, por ejemplo, tal vez tiene sus raíces en los rituales de exhibición de los animales no humanos; la antisocial, en la conducta predatoria, y la dependiente, en la conducta de apego observada en todo el reino animal (véase Bowlby, 1989). Considerando en estos términos la conducta inadaptada, podemos reseñarla con más objetividad y reducir la tendencia a rotularla peyorativamente como «neurótica» o «inmadura».

La idea de que la conducta humana puede verse productivamente desde una perspectiva evolucionista fue desarrollada por McDougall (1921), quien elaboró en detalle la concepción de la transformación de los «instintos biológicos» en «sentimientos». Sus escritos prepararon el camino para algunos de los actuales teóricos biosociales, como por ejemplo Buss (1987), Scarr (1987) y Hogan (1987). Buss ha examinado diferentes tipos de conducta desplegados por los seres humanos (como la competitividad, el dominio y la agresión), rastreando su semejanza con las conductas de los otros primates. En particular, enfocó de este modo el papel de la sociabilidad.

Hogan postula una herencia filogenética, en virtud de la cual en la secuencia evolutiva surgen mecanismos programados biológicamente. Según este autor, la cultura proporciona ocasiones para que se expresen las pautas genéticas. Este autor considera que la fuerza impulsora de la actividad humana adulta —el esfuerzo por conseguir aceptación, *status*, poder e influencia— es análoga a la observada en los primates y en otros mamíferos sociales. En su teoría evolucionista del desarrollo humano subraya la importancia de la «adecuación». Scarr hace hincapié específicamente en el papel de la dotación genética como determinante de la personalidad. Esta misma autora escribe (1987, pág. 62):

> En el curso del desarrollo, diferentes genes se activan y desactivan, creando cambios madurativos en la organización de la conducta, tanto como cambios madurativos en las pautas del crecimiento físico. Las diferencias genéticas

entre los individuos son análogamente responsables de determinar qué experiencias tendrán y no tendrán las distintas personas en sus ambientes respectivos.

La interacción entre lo genético y lo interpersonal

Los procesos que se ven realzados en los trastornos de la personalidad también pueden clarificarse mediante estudios en el campo de la psicología evolutiva. La conducta adhesiva, la timidez o la rebeldía observadas en el niño que crece pueden persistir a lo largo del período de desarrollo (Kagan, 1989). Nosotros pronosticamos que esas pautas persisten en la adolescencia tardía y la edad adulta, y pueden seguir manifestándose en algunos de los trastornos de la personalidad, como en los trastornos de la personalidad por dependencia, por evitación o pasivo-agresivo.

Con independencia del origen final de los prototipos genéticamente determinados de la conducta humana, hay pruebas firmes de que ciertos tipos de temperamentos y pautas conductuales relativamente estables ya están presentes desde el nacimiento (Kagan, 1989). Lo mejor es considerar esas características innatas como «tendencias» que la experiencia puede acentuar o atemperar. Además, entre las pautas innatas del individuo y las pautas de otras personas significativas puede establecerse un ciclo continuo de refuerzo recíproco.

Por ejemplo, un individuo con un gran potencial para una conducta que suscita cuidados puede inducir en las otras personas una conducta consistente en cuidarlo, de modo que sus pautas innatas se conservan mucho más allá del período en que esa conducta resulta ser adaptativa (Gilbert, 1989). Una paciente, Sue (cuyo caso examinaremos en detalle más adelante), era descrita por la madre como más adhesiva y reclamadora de atención que sus hermanos desde el momento mismo del nacimiento. La madre respondió brindándole cuidados y protección especiales. A lo largo de todo el período de desarrollo y en la edad adulta, Sue logró vincularse con personas más fuertes que daban respuesta a sus deseos expresos de afecto y apoyo continuos. Además tenía la creencia de que nadie podía quererla. Los hermanos mayores la maltrataban, y este hecho constituyó la base de una creencia posterior: «No puedo conservar el afecto de un hombre». En razón de esa creencia tendía a evitar las situaciones en las que podía ser rechazada.

Hasta ahora hemos hablado de las «tendencias innatas» y la «conducta» como si esas características pudieran explicar las diferencias individuales. En realidad, según

nuestra teoría los programas integrados cognitivo-afectivo-motivacionales son los que deciden la conducta del individuo y lo hacen distinto de las otras personas. En los niños mayores y en los adultos, la timidez, por ejemplo, deriva de una infraestructura de actitudes del tipo de «es peligroso exponerse», un umbral bajo para la angustia en las situaciones interpersonales, y la tendencia a titubear frente a extraños o personas que se acaban de conocer. Esas creencias se fijan como consecuencia de la repetición de experiencias traumáticas que parecen confirmarlas.

A pesar de la poderosa combinación de las predisposiciones innatas y las influencias ambientales, algunos individuos logran cambiar su conducta y modificar las actitudes subyacentes. No todo niño tímido se convierte en un adulto tímido. La influencia de personas clave y de las experiencias deliberadas para cultivar conductas más asertivas, por ejemplo, pueden hacer que una persona tímida se vuelva más expresiva y sociable. Como veremos en los capítulos siguientes de este libro, incluso las pautas fuertemente inadaptadas pueden modificarse centrando la terapia en la puesta a prueba de esas actitudes y en la formación o fortalecimiento de otras más adaptativas.

Hasta ahora nuestra formulación ha abordado, aunque sucintamente, la cuestión del modo como la dotación innata puede interactuar con las influencias ambientales para generar distinciones cuantitativas en las pautas cognitivas, afectivas y conductuales características que explican las diferencias individuales de personalidad. Cada individuo tiene un perfil único de personalidad, que consiste en los diversos grados de probabilidad de que responda de cierto modo a cierto grado de una situación particular.

Alguien que ingresa en un grupo en el que hay gente que no conoce quizá piense: «Parezco estúpido», y vacile. Otra tal vez reaccione con el pensamiento «Puedo resultarles divertido». Otra puede pensar: «No son amistosos y es posible que pretendan manipularme», por lo cual estará en guardia. Cuando los individuos tienen diferentes respuestas características, éstas reflejan importantes diferencias estructurales representadas en sus creencias o esquemas básicos. Las creencias básicas, respectivamente, serían: «Soy vulnerable porque soy incapaz en las situaciones nuevas», «Yo divierto a todo el mundo» y «Soy vulnerable porque la gente es inamistosa». Tales variaciones se encuentran en personas normales, bien adaptadas, y dan una coloración distintiva a cada personalidad. Pero en los trastornos de la personalidad las creencias de ese tipo son mucho más pronunciadas; en nuestro ejemplo caracterizan, respectivamente, a los trastornos de la personalidad por evitación, histriónico y paranoide. Los individuos con trastornos de la personalidad presentan las mismas conductas repetitivas en muchas más situaciones que las otras personas. Los esquemas inadaptados típicos de los trastornos de la personalidad son suscitados por muchas o casi todas las situaciones, tienen un carácter compulsivo y son menos fáciles de controlar o modificar que sus equivalentes en otras personas. Toda situación que opera sobre el contenido de sus esquemas mal adaptados los

activa, en vez de activar los más adaptativos. En su mayor parte, esas pautas son contraproducentes para muchas de las metas importantes de estos individuos. En suma, en relación con las de las otras personas, sus actitudes y conductas disfuncionales presentan una generalización excesiva, son inflexibles, imperativas y resistentes al cambio.

El origen de las creencias disfuncionales

Puesto que las pautas de personalidad (cognición, afecto y motivación) de las personas con trastornos de la personalidad presentan desviaciones respecto de las otras personas, surge el interrogante de cómo se desarrollan. Para abordar esta cuestión —aunque sea brevemente— tenemos que volver a la interacción naturaleza-crianza. Los individuos particularmente sensibles al rechazo, el abandono o la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos. Un paciente predispuesto por naturaleza a reaccionar en exceso a los rechazos más comunes de la niñez, puede desarrollar una autoimagen negativa («No merezco ser amado»). Esa imagen queda reforzada si el rechazo es muy fuerte, reiterado, o se produce en un momento de particular vulnerabilidad. Con la repetición, la creencia se estructura.

La paciente antes mencionada, Sue, desarrolló una imagen de sí como inepta e inadecuada porque sus hermanos la criticaban cada vez que cometía un error. Para protegerse todo lo posible del dolor y el sufrimiento, tendía a evitar las situaciones en las que podrían producirse. Su actitud generalizada en exceso era: «Si me permito ser vulnerable en cualquier situación, resultaré herida».

Procesamiento de la información y personalidad

El modo como las personas procesan los datos sobre sí mismas y sobre los demás

sufre la influencia de sus creencias y los otros Componentes de su organización cognitiva. Cuando existe algún tipo de trastorno —un síndrome sintomático (Eje I) o un trastorno de la personalidad (Eje II)— la utilización ordenada de esos datos se vuelve sistemáticamente distorsionada de un modo disfuncional. Esa distorsión de la interpretación y la conducta consecuente reciben su forma de creencias disfuncionales.

Volvamos al ejemplo de Sue, que tenía trastornos de la personalidad por dependencia y por evitación, y a la que la preocupaba mucho ser rechazada. En una secuencia típica, oyó ruidos provenientes de la habitación vecina, donde su novio, Tom, realizaba algunas tareas. La percepción de esos ruidos le proporcionó el material de datos para su interpretación. Dicha percepción aparecía insertada en un contexto específico —sabía que Tom estaba colgando algunos cuadros—. La fusión del estímulo y el contexto constituía la base de la información.

Como los datos sensoriales en bruto —por ejemplo los ruidos— tienen en sí mismos un limitado valor informativo, es preciso transformarlos en alguna clase de configuración significativa. La integración en una pauta coherente es el producto de estructuras (esquemas) que operan sobre los datos sensoriales brutos dentro del contexto específico. El pensamiento instantáneo de Sue fue: «Tom está haciendo mucho ruido». La mayoría de las personas cerrarían en ese punto su procesamiento de la información, almacenando esa inferencia en la memoria a corto plazo. Pero como Sue estaba predispuesta a sentir rechazo, en tales situaciones se inclinaba a extraer importantes significados. En consecuencia, su procesamiento de la información no se detuvo y adscribió un significado personalizado: «Tom está haciendo mucho ruido *porque está enojado conmigo*».

Tal atribución de causalidad es consecuencia de un orden superior de estructuración que adscribe significaciones a los hechos. Un componente (esquema) de este sistema de nivel superior sería la creencia de que «Si alguien íntimamente allegado a mí hace ruido, significa que está enojado conmigo». Este tipo de creencia representa un esquema condicional («si… entonces…»), en contraste con un esquema básico («No merezco que me amen»).

No era imposible que Tom estuviera enojado con Sue. Pero por la fuerza de su creencia básica, Sue interpretaba lo mismo, siempre que alguien significativo para ella —como Tom— hiciera ruido, por estar enojado o no. Además, en la jerarquía de sus creencias ocupaba un lugar prominente la fórmula «Si está enojado, me rechazará», y, en un nivel más generalizado, «Si la gente me rechaza, me quedaré sola» y «Estar sola será devastador». Las creencias están organizadas en una jerarquía que les asigna en los niveles sucesivos significados cada vez más complejos.

Este ejemplo ilustra un concepto relativamente nuevo en la psicología cognitiva, a saber: que el procesamiento de la información es influido por un mecanismo de *feed-forward* (Mahoney, 1980). En el nivel más básico, Sue tenía la creencia de que no podía despertar amor. Esa creencia se manifestaba por la disposición a asignar cierto

significado sistemático a todo hecho importante (Beck, 1964, 1976), y tomaba una forma condicional: «Si los hombres me rechazan, significa que no puedo ser amada». En general, esta creencia se mantenía «a la expectativa» si la paciente no se veía expuesta a una situación en la que podía sufrir el rechazo de un hombre. Esa creencia (o esquema) desplazaba a otras creencias (o esquemas) más razonables, aunque estas últimas fueran más apropiadas cuando se producía una situación relacionada con el tema (Beck, 1967). Si había datos de los que se pudiera suponer que indicaban que Tom la estaba rechazando, la atención de la joven quedaba fijada en la idea de la imposibilidad de ser amada. Moldeada la información sobre la conducta de Tom a fin de adecuarla a ese esquema, aunque otra fórmula concordara mejor con los datos (por ejemplo, «El ruido es señal de exuberancia»). Como el esquema de rechazo de Sue era hipervalente, se activaba con preferencia a otros esquemas, a los que parecía inhibir.

Desde luego, los procesos psicológicos de Sue no se detenían con la conclusión de que había sido rechazada. Siempre que se activa un esquema de pérdida o amenaza personales, se produce la activación consiguiente de un «esquema afectivo»; en el caso de Sue, ese esquema le producía una intensa tristeza. La interpretación negativa de un hecho está vinculada a un afecto que es congruente con ella.

Aunque fenómenos tales como los pensamientos, sentimientos y deseos se limiten quizás a pasar fugazmente por nuestra conciencia, las estructuras subyacentes responsables de esas experiencias subjetivas son relativamente estables y persistentes. Además no son en sí mismas conscientes, aunque por medio de la introspección podemos identificar su contenido. Sin embargo, a través de procesos conscientes tales como el reconocimiento, la evaluación y la puesta a prueba de sus interpretaciones (técnicas básicas de la terapia cognitiva), las personas pueden modificar la actividad de las estructuras subyacentes y en algunos casos cambiarlas sustancialmente.

Características de los esquemas

En este punto sería deseable puntualizar el lugar de los esquemas en la personalidad y describir sus características.

El concepto de «esquema» tiene una historia relativamente larga en la psicología del siglo xx. El término, que puede rastrearse hasta Barlett (1932, 1958) y Piaget (1926, 1936/1952), se ha empleado para designar las estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. El contenido de los esquemas puede tener que ver

con las relaciones personales (como las actitudes respecto de uno mismo o los demás) o con categorías impersonales (por ejemplo, los objetos inanimados). Estos objetos pueden ser concretos (una silla) o abstractos (mi país).

Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales, como la amplitud (son reducidos, discretos o amplios), la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación) y la densidad (preeminencia relativa en la organización cognitiva). También se los describe en función de su valencia —su grado de activación en un momento dado—. El nivel de activación (o valencia) oscila entre los extremos de «latente» e «hipervalente». Cuando los esquemas son latentes, no participan en el procesamiento de la información; cuando están activados, canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales. El concepto de esquema es similar a la formulación de los «constructos personales» por parte de George Kelly (1955).

En el campo de la psicopatología, el término «esquema» se ha aplicado a estructuras con un contenido idiosincrásico altamente personalizado, que se activan durante trastornos tales como una depresión, la ansiedad, las crisis de angustia y las obsesiones, y se vuelven predominantes. Cuando son hipervalentes, esos esquemas idiosincrásicos desplazan y probablemente inhiben a otros que podrían ser más adaptativos o apropiados en una situación dada. En consecuencia, introducen una tendenciosidad sistemática en el procesamiento de la información (Beck, 1964, 1967; Beck y otros, 1985).

Los esquemas típicos de los trastornos de la personalidad se asemejan a los activados en los síndromes clínicos, pero actúan con más continuidad en el procesamiento de la información. En el trastorno de la personalidad por dependencia, el esquema «necesito ayuda» se activará siempre que surja una situación problemática, mientras que en las personas deprimidas sólo adquirirá relieve durante la depresión. En los trastornos de la personalidad, los esquemas forman parte del procesamiento de la información normal, cotidiano.

La personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la formación de una respuesta adaptativa depende de esos sistemas entrelazados de estructuras especializadas. En la memoria, la cognición, el afecto, la motivación, la acción y el control, participan sistemas separados pero relacionados. Las unidades básicas de procesamiento, que son los esquemas, están organizadas según sus funciones (y también según su contenido). Diferentes tipos de esquemas tienen diferentes funciones. Por ejemplo, los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con los deseos; los esquemas instrumentales preparan para la acción, y los

esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición o dirección de las acciones.

Algunos subsistemas compuestos por esquemas cognitivos apuntan a la autoevaluación; otros, a la evaluación de las otras personas. Hay subsistemas destinados a almacenar recuerdos (episódicos o semánticos), y a proporcionar acceso a ellos. Y aun otros subsistemas preparan para situaciones futuras y proporcionan la base de las expectativas, previsiones y proyectos de largo alcance.

Cuando ciertos esquemas son hipervalentes, el umbral para la activación de los subesquemas constitutivos es bajo: los pone en marcha con facilidad un estímulo remoto o trivial. Son también «predominantes»; es decir que en el procesamiento de la información desalojan con facilidad a esquemas o configuraciones más apropiados (Beck, 1967). De hecho, la observación clínica sugiere que los esquemas más adecuados a la situación estímulo real son inhibidos activamente. Por ejemplo, en la depresión clínica prevalecen los esquemas negativos, de lo que resulta una tendenciosidad negativa sistemática en la interpretación y el recuerdo de experiencias, así como en las previsiones de corto y largo plazo, mientras que los esquemas positivos se vuelven menos accesibles. Los pacientes deprimidos perciben con facilidad los aspectos negativos de un hecho, pero es difícil que adviertan los positivos. Recuerdan los hechos negativos mucho más fácilmente que los positivos. A la probabilidad de resultados indeseables le atribuyen mayor peso que a la de resultados positivos.

Cuando una persona entra en una depresión clínica (o un trastorno por ansiedad) se produce un pronunciado «cambio cognitivo». En términos de energía, ese cambio produce un alejamiento del procesamiento cognitivo normal y favorece el predominio de un procesamiento por medio de los esquemas negativos que constituyen el modo depresivo. Los términos «catexia» y «contracatexia» han sido empleados por autores psicoanalíticos para designar el despliegue de energía que activa pautas inconscientes (catexia) o las inhibe (contracatexia). En la depresión, por ejemplo, está catectizado el modo depresivo; en el trastorno por ansiedad generalizada, está catectizado el modo «peligro»; en el trastorno por angustia, está catectizado el modo «angustia» (Beck y otros, 1985).

Puede parecer que el examen de las pautas cognitivas y conductuales subestima los aspectos subjetivos de nuestra vida emocional —nuestros sentimientos de tristeza, alegría, terror y cólera—. Sabemos que es probable que nos sintamos tristes cuando estamos separados de un ser querido o sufrimos una pérdida de *status*; que nos agrada recibir expresiones de afecto o alcanzar una meta y que nos enojamos cuando se nos trata injustamente. ¿Cómo se insertan esas experiencias emocionales —o afectivas— en el esquema de la organización de la personalidad? ¿Cuál es su relación con las estructuras y estrategias cognitivas básicas?

Según nuestra formulación, el afecto relacionado con el placer y el dolor desempeña un papel clave en la movilización y el mantenimiento de las estrategias

cruciales. Las estrategias de supervivencia y reproducción parecen operar en parte a través de su ligazón con los centros de placer-dolor. Como se ha señalado antes, las actividades dirigidas a la supervivencia y la reproducción conducen al placer cuando se consuman con éxito, y al «dolor» cuando se ven frustradas. Los impulsos relacionados con los apetitos alimentarios y sexuales crean tensión al ser estimulados, y gratificación al ser satisfechos. Otras estructuras emocionales que producen ansiedad y tristeza, respectivamente, refuerzan las señales cognitivas que nos alertan ante el peligro o acentúan la percepción de que hemos perdido algo valioso (Beck y otros, 1985). Ahora examinaremos mecanismos automáticos asociados con el sistema de control e involucrados en la modulación de la conducta.

De la percepción a la conducta

Entre los componentes básicos de la organización de la personalidad hay secuencias de diferentes tipos de esquemas que actúan como una línea de montaje. Para simplificar, se puede considerar que esas estructuras operan en una progresión lineal lógica. Por ejemplo, la exposición a estímulos peligrosos activa el correspondiente «esquema de peligro», que comienza a procesar la información. Después se activan en secuencia los esquemas afectivo, motivacional, de acción y de control. La persona interpreta la situación como peligrosa (esquema cognitivo), siente ansiedad (esquema afectivo), quiere alejarse (esquema motivacional) y se moviliza para huir (esquema de acción o instrumental). Si juzga que la huida es contraproducente, puede inhibir ese impulso (esquema de control).

En los trastornos del Eje I se vuelve hipervalente un modo específico, y conduce, por ejemplo, a preocuparse por la pérdida, el peligro o el combate. En el caso de la depresión se establece una reacción en cadena:

cognitiva → afectiva → motivacional → motriz

En las situaciones personalmente significativas, la interpretación y el afecto se alimentan en el circuito o «bucle efector», o sistema de acción. Por ejemplo, después de haber interpretado un rechazo, el rostro de Sue adquiría una expresión de tristeza. Este proceso, que se produce de modo automático, podría haber servido filogenéticamente como una forma de comunicación —por ejemplo como señal de congoja—. Al mismo tiempo se activaban en Sue los «esquemas de acción»: su

propia estrategia particular para responder al rechazo. Entonces —en la ocasión examinada más arriba— experimentó el impulso de entrar en la habitación contigua y pedirle a Tom que la tranquilizara. Se sentía llevada a actuar en concordancia con su estrategia estereotipada. En ese punto, podía ceder o no a su impulso de correr hacia Tom.

El sistema interno de control

Sabemos que las personas no ceden a todo impulso, ya sea que se trate de reír, llorar o golpear a alguien. Otro sistema —el «sistema de control»— opera en conjunción con el sistema de acción para modular, modificar o inhibir impulsos. Este sistema también se basa en creencias, muchas de las cuales —o la mayoría— son realistas o adaptativas. Mientras que los impulsos constituyen los «quiero», esas creencias constituyen los «hacer» o «no hacer» (Beck, 1976). Ejemplos de tales creencias son «Está mal pegarle a alguien más débil o más grande que tú», «Debes respetar a las autoridades», «No debes llorar en público». Esas creencias se traducen automáticamente en órdenes: «No pegues», «Haz lo que se te dice», «No llores». Entonces las prohibiciones oponen su fuerza a la expresión de los deseos. Sue tenía creencias personales específicas —en este caso, en particular, «Si abuso pidiéndole a Tom que me tranquilice, se enojará conmigo» (una predicción). De ahí que inhibió su impulso a precipitarse en la habitación vecina y preguntarle al joven si todavía la amaba.

En la terapia es importante identificar las creencias (por ejemplo, «No puedo gustarle a nadie») que dan forma a las interpretaciones personales, las del sistema instrumental que inician la acción (por ejemplo, «Preguntarle si me ama»), y las del sistema de control que gobiernan las anticipaciones y consecuentemente facilitan o inhiben las acciones (Beck, 1976). El sistema de control o regulador desempeña un papel crucial —y a menudo no reconocido— en el trastorno de la personalidad, y por lo tanto merece más atención.

Las funciones de control pueden dividirse en las relacionadas con la autorregulación —esto es, dirigidas hacia adentro— y las involucradas en la relación con el ambiente externo, primordialmente el entorno social.

Los procesos autorregulatorios de particular importancia para los trastornos de la personalidad tienen que ver con el modo como las personas se comunican consigo mismas. Las comunicaciones internas consisten en la autoobservación, la

autoevaluación y autopercepción, las advertencias y las instrucciones dirigidas a uno mismo (Beck, 1976). Cuando son exagerados o deficientes, esos procesos se vuelven más visibles. Las personas que se observan demasiado tienden a ser inhibidas —lo vemos en la personalidad evitativa, así como en los estados de ansiedad—, mientras que una inhibición escasa facilita la impulsividad.

Las autopercepciones y autoevaluaciones son métodos importantes para determinar si uno «va por buen camino». La autopercepción simplemente representa la observación de sí mismo; la autoevaluación implica formular juicios sobre el propio valor: bueno-malo, digno-indigno, amablerechazable. Las autoevaluaciones negativas son claramente visibles en la depresión, pero pueden operar de una manera más sutil en la mayoría de los trastornos de la personalidad.

En el funcionamiento normal, este sistema de autoevaluaciones y autoestimaciones actúa más o menos automáticamente. El individuo puede no percatarse de esas señales de sí mismo a menos que centre en ellas específicamente su atención. Entonces esas cogniciones pueden representarse en una forma particular denominada «pensamientos automáticos» (Beck, 1967). Como ya se ha observado, los pensamientos automáticos se vuelven hipervalentes en la depresión y se expresan en ideas tales como «Soy indigno» o «Soy indeseable».

Las autoevaluaciones y autoinstrucciones parecen derivar de estructuras más profundas, a saber, los autoconceptos o autoesquemas. De hecho, los autoconceptos exageradamente negativos (o positivos) pueden ser los factores que llevan a alguien, de tener un «tipo de personalidad», a tener un «trastorno de la personalidad». Por ejemplo, el desarrollo de una concepción rígida de sí mismo como alguien desamparado puede hacer que un niño que ha experimentado los deseos normales de dependencia pase a una dependencia «patológica» en la edad adulta. De modo análogo, el énfasis en el sistema, el control y el orden predisponen a un trastorno de la personalidad en el que el sistema sea el amo en lugar de ser el instrumento, a saber: el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

En el curso de la maduración desarrollamos una mezcla confusa de reglas que proporcionan el sustrato de nuestras autoevaluaciones y autoinstrucciones. Esas reglas también constituyen la base para establecer normas, expectativas y planes de acción para nosotros mismos. Una mujer que tiene una regla que dice «Siempre debes realizar un trabajo perfecto» quizás esté evaluando continuamente su comportamiento, elogiándose por alcanzar una meta o criticándose por no haberlo hecho. Como esta regla es rígida, esa mujer no puede actuar en concordancia con una regla práctica más flexible, como «Lo importante es hacer el trabajo, aunque no esté perfecto». De modo análogo, se desarrollan reglas para la conducta interpersonal: los «hacer» y «no hacer» pueden conducir a una acentuada inhibición social, como la que encontramos en las personalidades evitativas. A estas personas les creará ansiedad incluso el pensamiento fantasioso de violar una regla tal como «No te arriesgues».

La transición a los trastornos del Eje II. Ya hemos examinado la idea del

«cambio cognitivo». Cuando un individuo desarrolla un trastorno de Eje II, tiende a procesar la información selectivamente y de un modo disfuncional.

Los cambios en la organización de la personalidad

La facilidad con que los pacientes aceptan sus creencias condicionales durante la depresión o los trastornos por ansiedad sugiere que han perdido temporalmente la capacidad para someter sus interpretaciones disfuncionales a la prueba de realidad. Por ejemplo, un paciente deprimido que tiene la idea de «Soy un ser humano despreciable» parece carecer de capacidad para considerar esta creencia, sopesar las pruebas en contra y rechazarla si no hay pruebas que la respalden. Se diría que la discapacidad cognitiva reposa en la pérdida temporal del acceso a los modos racionales de cognición mediante los cuales ponemos a prueba nuestras conclusiones. La terapia cognitiva apunta explícitamente a «reactivar» el sistema de la prueba de realidad. Mientras tanto, el terapeuta le sirve al paciente como verificador auxiliar del valor de realidad de las creencias.

Los pacientes deprimidos difieren también por su procesamiento automático de los datos. El trabajo experimental (Gilson, 1983) indica que incorporan rápida y eficientemente la información negativa sobre ellos mismos, pero están bloqueados en el procesamiento de la información positiva. El pensamiento disfuncional predomina y se dificulta la aplicación de los procesos cognitivos correctivos, más racionales.

Como ya lo señalamos, el modo como un individuo utiliza los datos sobre sí mismo y sobre los otros es influido por la organización de su personalidad. Cuando hay un trastorno de algún tipo —un síndrome clínico (sintomático) (Eje I), o un trastorno de la personalidad (Eje II)— el procesamiento ordenado de esos datos es disfuncionalmente distorsionado de un modo sistemático. La distorsión de la interpretación y la conducta consecuente es conformada por las creencias y actitudes disfuncionales de los pacientes.

Los cambios en la organización cognitiva

Muchas de las creencias básicas que encontramos en los trastornos del Eje II se vuelven evidentes cuando el paciente desarrolla un trastorno por ansiedad generalizada o una depresión mayor. Por ejemplo, algunas de las creencias

condicionales más específicas se amplían para incluir un espectro mucho mayor de situaciones. La creencia o actitud de «Si alguien no me guía en las situaciones nuevas, no salgo a flote» adquiere un mayor alcance: «Si en todo momento no tengo a alguien a mano, me hundo». A medida que aumenta la depresión, esas creencias pueden llegar a «Puesto que estoy desamparado, necesito a alguien que se haga cargo de mí y me cuide». Esas creencias adquieren entonces su carácter más absoluto y extremo.

Además, las creencias que el paciente tenía antes de desarrollar la depresión (u otro trastorno del Eje I) se vuelven mucho más verosímiles y generalizadas. Por ejemplo, «Si no tienes éxito, careces de valor» o «Una buena madre siempre satisface las necesidades de sus hijos». Asimismo, se acentúan y amplían las creencias negativas sobre uno mismo (la autoimagen negativa), hasta ocupar todo el concepto de sí mismo (Beck, 1967), de modo que el paciente empieza a perseverar en el pensamiento de «Carezco de valor» o «Soy un desastre». Las creencias o pensamientos negativos, que eran transitorios y menos poderosos antes de la depresión, se vuelven predominantes y gobiernan los sentimientos y la conducta del paciente.

El cambio cognitivo

La experiencia de Sue ilustra el cambio que se produce en las funciones cognitivas con la transición desde un trastorno de la personalidad hacia un estado de ansiedad y después a la depresión. Hasta donde Sue podía recordar, siempre había dudado de ser alguien aceptable. Cuando su relación con Tom se vio amenazada, esas dudas esporádicas sobre sí misma se transformaron en una preocupación continua. A medida que entraba en la depresión, la creencia de que podría ser indeseable se convirtió en la creencia de que *era* indeseable.

De modo análogo, la actitud de esta joven acerca del futuro pasó de una incertidumbre crónica a una aprensión continua, y finalmente, mientras se deprimía más, al desamparo respecto del futuro. Además, cuando se sentía ansiosa tendía a prever catástrofes, pero cuando estaba deprimida aceptaba esas catástrofes como si ya hubieran ocurrido.

Cuando no estaba clínicamente deprimida o ansiosa, Sue tenía acceso a alguna información positiva sobre ella misma: era «una buena persona», una amiga considerada y leal, una trabajadora concienzuda. Cuando se ponía ansiosa, aún podía reconocerse esas cualidades positivas, pero le parecían menos importantes, tal vez porque aparentemente no le aseguraban una relación estable con un hombre. Sin embargo, con el inicio de la depresión le resultaba difícil reconocer o incluso pensar en sus propias ventajas; cuando podía reconocerlas, tendía a descalificarlas, puesto que eran discordantes con su autoimagen.

Ya hemos observado que las creencias disfuncionales de los pacientes se vuelven más extremas y rígidas a medida que se desarrolla el trastorno afectivo. Antes de esto, Sue sólo ocasionalmente suscribía la creencia de «No puedo ser feliz con un hombre». Cuando se desarrollaron su ansiedad y su depresión, esta creencia se convirtió en «Siempre seré infeliz si no tengo un hombre».

La progresión de la disfunción cognitiva desde el trastorno de la personalidad hasta la ansiedad y después la depresión queda ilustrada por el deterioro gradual de la prueba de realidad. En un estado ansioso, Sue podía ver con cierta objetividad algunas de sus preocupaciones catastróficas. Advertía que el pensamiento de que «Siempre estaré sola y seré infeliz si se rompe esta relación» era sólo un pensamiento. Cuando se deprimía, la idea de que sin duda siempre sería infeliz ya no era una posibilidad; para ella era la realidad, un hecho.

En la terapia, las creencias antiguas que forman la matriz del trastorno de la personalidad son las más difíciles de cambiar. Las creencias asociadas sólo con los trastornos afectivos y por ansiedad son susceptibles de una mejoría más rápida, porque son menos estables. Por ejemplo, es posible que una persona pase de un modo depresivo a un modo más normal con psicoterapia, quimioterapia o simplemente con el transcurso del tiempo. Hay una circulación de la energía —o catexia— de una modalidad a otra. Cuando se produce ese cambio, se atenúan considerablemente los rasgos del «trastorno del pensamiento» en la depresión (distorsión negativa sistemática, generalización excesiva, personalización). El modo «normal» del trastorno de la personalidad es más estable que el modo depresivo o ansioso. Puesto que en ese «modo normal» los esquemas tienen más solidez y están más representados en la organización cognitiva, son menos susceptibles de cambio. Estos esquemas les dan sus características distintivas a la personalidad normal y al trastorno de la personalidad. En cada trastorno de la personalidad predominan ciertas creencias y estrategias que dan forma a un perfil característico. Estos rasgos distintivos serán examinados en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3

PERFILES COGNITIVOS

Un modo sencillo de considerar los trastornos de la personalidad consiste en pensarlos en términos de ciertos vectores. Siguiendo la formulación de Horney (1950), podemos ver estas estrategias interpersonales en función del modo como los diversos tipos de personalidad se relacionan y actúan con las otras personas y, el modo como usan el espacio interpersonal. En relación con los demás, el individuo puede moverse o situarse contra, hacia, alejándose, arriba o abajo. El dependiente se mueve *hacia y* a menudo *abajo* (sumiso, subordinado). Otro «tipo» se *queda quieto y* puede obstruir a los otros; es el pasivo-agresivo. Los narcisistas se posicionan *arriba* de los otros. El compulsivo se orienta *hacia arriba* para tener el control. El esquizoide *se aleja, y* el evitativo se acerca y después *se retira*. Las personalidades histriónicas usan el espacio para *atraer* a los otros hacia ellas. Como veremos, estos vectores pueden considerarse las manifestaciones visibles de estrategias interpersonales específicas asociadas con trastornos específicos de la personalidad.

Este bosquejo simplificado presenta un modo de ver los tipos y los trastornos de la personalidad en función de la manera como los individuos toman posición respecto de los demás. Esas pautas pueden ser disfuncionales, y se considera justificado un diagnóstico de trastorno de la personalidad cuando conducen (1) a problemas que causan sufrimiento en el paciente (por ejemplo, una personalidad evitativa) o (2) a dificultades con otras personas o con la sociedad (por ejemplo, en la personalidad antisocial). Pero muchas personas con un trastorno de la personalidad diagnosticado no piensan que padecen ningún trastorno. Por lo general, los individuos sólo estiman que sus pautas personales son indeseables cuando generan síntomas (como depresión o ansiedad), o cuando parecen obstaculizar importantes aspiraciones sociales o laborales (como en los casos de las personalidades dependiente, evitativa o pasivo-agresiva).

Enfrentada a situaciones que obstaculizan el despliegue de su estrategia idiosincrásica —por ejemplo, cuando un sujeto dependiente es separado o amenazado con la separación respecto de una persona significativa, o cuando un obsesivo-compulsivo cae en circunstancias incontrolables—, pueden desarrollarse síntomas de depresión o ansiedad. Otros sujetos con trastornos de la personalidad consideran sus propias pautas como perfectamente normales y satisfactorias para ellos, pero reciben una calificación diagnóstica porque su conducta es vista como negativa por otras personas, como en el caso de las personalidades narcisistas, esquizoides o antisociales.

Las conductas (o estrategias) observables, no obstante, son sólo uno de los aspectos de los trastornos de la personalidad. Un trastorno no se caracteriza sólo por

una conducta disfuncional o asocial, sino también por una constelación de creencias y actitudes, afectos y estrategias. Es posible dar un perfil distintivo de cada uno de los trastornos sobre la base de sus rasgos típicos cognitivos, afectivos y conductuales. Si bien presentamos esta tipología en una forma pura, debe tenerse presente que los individuos concretos pueden presentar rasgos de más de un tipo de personalidad.

Pautas hiperdesarrolladas e infradesarrolladas

Los individuos que padecen un trastorno de la personalidad tienden a presentar ciertas pautas de comportamiento hipertrofiadas o hiperdesarrolladas, y otras infradesarrolladas. El trastorno obsesivo-compulsivo, por ejemplo, se caracteriza por un énfasis excesivo en el control, la responsabilidad y la sistematización, y una deficiencia relativa de espontaneidad y espíritu lúdico.

Como lo ilustra la tabla 3.1, en los otros trastornos de la personalidad también encontramos la incidencia importante de algunas pautas y menor de otras. Los rasgos deficitarios suelen ser complementarios de los fuertes. Es como si se hubiera desarrollado una estrategia interpersonal, pero no la estrategia que produciría un equilibrio. Se podría especular que cuando un niño acentúa un tipo predominante de conducta, deja en la sombra o tal vez debilita el desarrollo de otras conductas adaptativas.

TABLA 3.1 ***Estrategias típicas hiperdesarrolladas e infradesarrolladas***

Trastorno de la personalidad	Hiperdesarrolladas	Infradesarrolladas
Obsesivo-compulsivo	*Control* Responsabilidad *Sistematización*	*Espontaneidad* Espíritu de juego
Por dependencia	Búsqueda de ayuda Apego excesivo	Autosuficiencia Movilidad
Pasivo-agresivo	Autonomía Resistencia Pasividad Sabotaje	Intimidad Asertividad Actividad Cooperatividad
Paranoide	Vigilancia *Desconfianza* Suspicacia	Serenidad Confianza Aceptación
Narcisista	Autoexaltación Competitividad	Compartir Identificación grupal
Antisocial	Combatividad Explotación Predación	Empatía Reciprocidad Sensibilidad social
Esquizoide	Autonomía Aislamiento	Intimidad Reciprocidad
Por evitación	Vulnerabilidad social Evitación Inhibición	*Autoafirmación* Gregarismo
Histriónico	*Exhibicionismo* Expresividad Vaguedad	*Reflexión* Control *Sistematización*

Como se verá en los capítulos que siguen, sobre cada tipo de trastorno de la personalidad, ciertas estrategias hipertrofiadas pueden derivar o compensar un tipo específico de autoconcepto, y ser una respuesta a particulares experiencias del desarrollo. Asimismo, como se indicó en el capítulo 2, la predisposición genética favorece el desarrollo de un tipo particular de pauta de preferencia a otras pautas posibles. Por ejemplo, algunos niños parecen orientarse a gustar a los demás, mientras que otros se ven tímidos e inhibidos desde las primeras etapas del desarrollo. Entonces es posible que se desarrolle una personalidad narcisista mientras el individuo lucha ferozmente por superar una sensación profunda de falta de méritos. La personalidad obsesivo-compulsiva se puede desarrollar como respuesta a condiciones caóticas en la niñez, como un modo de poner orden en un ambiente desordenado. Una personalidad paranoide puede producirse como respuesta a experiencias tempranas de traición o engaño; una personalidad pasivo-agresiva se puede ir construyendo como respuesta a la manipulación por parte de los otros. La personalidad dependiente suele representar una fijación a un fuerte apego que, por

diversas razones, podría haber sido reforzado por los miembros de la familia, quienes no lo atenuaron de un modo normal a lo largo del período del desarrollo. De un modo análogo, una personalidad histriónica pudo haber sido suscitada por la experiencia reiterada de recompensa al exhibicionismo —por ejemplo, al divertir a los otros para obtener aprobación y afecto.

Debe observarse que se puede llegar al mismo trastorno de la personalidad por distintos caminos. Por ejemplo, los trastornos de la personalidad narcisista, obsesivo-compulsivo, paranoide o incluso antisocial pueden aparecer como compensaciones del miedo (es decir, como resultado de una sensación de caos, manipulación o victimización), como consecuencia del refuerzo de las estrategias correspondientes por parte de otros, o en virtud de ambos factores.

No se puede pasar por alto la importancia de la identificación con los miembros de la familia. Algunos individuos parecen tomar ciertas pautas disfuncionales de sus progenitores o hermanos, y basarse en ellas a medida que crecen. En otros sujetos los trastornos de la personalidad parecen derivar de la herencia de una predisposición fuerte. La investigación reciente de Kagan (1989) indica que una timidez que se presenta precozmente en la vida tiende a persistir. Es posible que una disposición innata a la timidez sea tan reforzada por la experiencia siguiente que el individuo, en lugar de ser sencillamente no asertivo, evolucione como personalidad evitativa.

Es útil analizar las características psicológicas de los sujetos que padecen trastornos de la personalidad en función de las concepciones que tienen de sí mismos y de los otros, de sus creencias y estrategias básicas, así como de sus principales afectos. De este modo, el terapeuta obtiene perfiles específicos cognitivo-conductuales-emotivos que le ayudan a comprender cada trastorno y le facilitan el tratamiento.

Perfiles cognitivos específicos

Trastornos de la personalidad por evitación

Las personas a las que se les diagnostica un trastorno de la personalidad por evitación según los criterios del DSM-III-R tienen el siguiente conflicto clave: les gustaría estar muy cerca de los demás y hacer realidad su potencial intelectual y

vocacional, pero temen ser heridas, ser rechazadas y fracasar. Esta estrategia (en contraste con la de dependencia) consiste en retirarse, o bien en empezar por evitar el compromiso.

- *Concepción de sí mismas*: Se consideran socialmente ineptas e incompetentes en el estudio o el trabajo.
- *Concepción de los demás*: Los ven como potencialmente críticos, desinteresados o despectivos.
- *Creencias*:
    - No es infrecuente que las personas con este trastorno tengan las siguientes creencias *nucleares*: «No soy bueno… Soy indigno… No merezco ser amado. No tolero sentimientos desagradables».
    - Estas creencias nutren el nivel siguiente (superior) de las creencias *condicionales*: «Si las personas se me acercan, descubrirán mi *verdadero yo* real y me rechazarán; eso sería intolerable». O bien: «Si emprendo algo nuevo y no tengo éxito, eso sería devastador».
    - El nivel siguiente, que dicta su conducta, consiste en creencias *instrumentales* o de autoinstrucción, como por ejemplo: «Lo mejor es mantenerse libre de compromisos arriesgados», «Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables», «Si pienso o siento que algo es desagradable, debo tratar de suprimirlo en seguida, distrayéndome o con un remedio rápido (bebida, drogas, etcétera)».
- *Amenazas*: Las amenazas principales son ser descubierto como «un fraude», ser degradado, humillado, rechazado.
- *Estrategia*: La principal estrategia consiste en evitar las situaciones en las que se puede ser evaluado, por lo cual estos individuos tienden a mantenerse de forma vacilante en los márgenes de los grupos sociales, y evitan atraer la atención. En las situaciones de trabajo tienden a no asumir nuevas responsabilidades y a no hacer nada por progresar, por miedo al fracaso y a la represalia de los otros.
- *Afecto*: El principal afecto es la disforia, una combinación de ansiedad y tristeza, relacionada con la carencia de los placeres que quisieran obtener en sus relaciones personales y de la sensación de dominio que se consigue al lograr los objetivos. Experimentan una ansiedad relacionada con el temor a exponerse en situaciones sociales o de trabajo. Su baja tolerancia a la disforia les impide desarrollar métodos para superar la timidez y afirmarse más eficazmente. Como son introspectivos y controlan continuamente sus sentimientos, tienen una aguda sensibilidad a su propia tristeza o ansiedad. Paradójicamente, a pesar de su excesiva conciencia de los sentimientos penosos, evitan identificarse con

pensamientos desagradables —tendencia ésta coherente con su estrategia principal y que se denomina «evitación cognitiva». La baja tolerancia a los sentimientos desagradables y la sensibilidad ante el fracaso o el rechazo invaden todas sus acciones. A diferencia de la persona dependiente, que controla su miedo a fracasar apoyándose en otros, el individuo evitativo reduce sus expectativas y se abstiene de todo compromiso que suponga el riesgo de fracaso o rechazo.

Trastorno de la personalidad por dependencia

Los individuos que presentan este trastorno se ven a sí mismos desvalidos, y por lo tanto tratan de unirse a alguna figura más fuerte que les proporcione recursos para la supervivencia y la felicidad.

- *Concepción de sí mismos*: Se perciben como necesitados, débiles, desvalidos e incompetentes.
- *Concepción de los otros*: Ven de un modo idealizado al «cuidador» fuerte, que nutre, apoya y es competente. En contraste con la personalidad evitativa, que se mantiene libre de «relaciones complicadas» y por ello no obtiene respaldo social, la personalidad dependiente puede funcionar perfectamente mientras cuente con acceso a una figura fuerte.
- *Creencia*: Estos pacientes creen que «Para sobrevivir necesito de otra persona, una persona fuerte». Además, suponen que su felicidad depende de que tengan acceso a una figura así. Creen necesitar un flujo constante, ininterrumpido, de apoyo y aliento. Dicen, por ejemplo, «No puedo vivir sin un hombre» o «Nunca seré feliz si no soy amado».
    - En cuanto a la jerarquía de las creencias, es probable que la creencia *nuclear* sea «Estoy completamente desamparado» o «Estoy solo».
    - Las creencias *condicionales* son: «Sólo puedo funcionar si tengo acceso a alguien competente», «Si me abandonan, moriré», «Si no soy amado, siempre seré infeliz».
    - El nivel *instrumental* consiste en imperativos tales como: «No ofender al cuidador», «Permanecer cerca», «Cultivar la relación más íntima posible», «Ser sumiso para tenerle atado».
- *Amenaza*: Las principales amenazas o traumas tienen que ver con el rechazo o el abandono.

- *Estrategia*: La principal estrategia consiste en cultivar una relación de dependencia. Frecuentemente lo hacen subordinándose a una figura «fuerte», a la que tratan de agradar o apaciguar.
- *Afecto*: El principal afecto es la ansiedad, la preocupación por la posible fractura de la relación de dependencia. Esa ansiedad se acentúa periódicamente, cuando perciben tensiones reales en la relación. Si pierden la figura de la que dependen, se hunden en la depresión. Por otra parte, experimentan gratificación o euforia cuando se asegura la satisfacción de sus deseos de dependencia.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Los individuos con este trastorno de la personalidad tienen un estilo contestatario, que pretende desmentir el hecho de que quieren obtener el reconocimiento y el apoyo de figuras de autoridad. El principal problema es un conflicto entre el deseo de conseguir las ventajas que otorgan las autoridades, por una parte, y por la otra el deseo de conservar la autonomía. En consecuencia, tratan de mantener la relación siendo pasivos y sumisos, pero como sienten una pérdida de autonomía se sublevan contra la autoridad.

- *Concepción de sí mismos*: Pueden percibirse como autosuficientes pero expuestos a abusos por parte de otros. (No obstante, se sienten atraídos por las figuras y organizaciones fuertes, porque anhelan aprobación y apoyo sociales. Por lo tanto, suelen padecer un conflicto entre el deseo de apego y el miedo al abuso.)
- *Concepción de los demás*: Ven a los demás —específicamente a las figuras de autoridad— como intrusivos, exigentes, entrometidos, controladores y dominantes, pero al mismo tiempo capaces de aprobar, aceptar y cuidar.
- *Creencias*:
    - Las creencias *nucleares* tienen que ver con nociones tales como: «Ser controlado por otros es intolerable», «Tengo que hacer las cosas a mi manera» o «Merezco aprobación por todo lo que he hecho». Sus conflictos se expresan en creencias como «Tengo que proteger mi identidad». (Los pacientes límite [*borderline*] a menudo ponen de manifiesto el mismo tipo de conflicto).
    - La creencia *condicional* toma la forma de «Si sigo las reglas, pierdo mi libertad de acción».
    - Las creencias *instrumentales* giran en torno de posponer la acción que la

autoridad espera, o de una obediencia superficial, pero no sustantiva.

- *Amenaza*: Las principales amenazas o miedos giran en torno de la pérdida de la aprobación y la reducción de la autonomía.
- *Estrategia*: La principal estrategia consiste en fortificar la autonomía mediante la oposición tortuosa a las figuras de autoridad, mientras se les corteja ostensiblemente para obtener su favor. Estos individuos tratan de eludir o violar las reglas con engaños, en un espíritu de desafío encubierto. Son a menudo subversivos, en el sentido de que no realizan el trabajo a tiempo, no asisten a clase, etcétera —en última instancia, conductas autodestructivas—. Pero superficialmente, por su necesidad de aprobación, puede parecer que son obedientes y que cultivan el favor de las autoridades. A menudo tienen una fuerte tendencia a la pasividad. Tienden a seguir la línea que supone menor esfuerzo; suelen evitar situaciones competitivas y les interesan más las empresas solitarias.
- *Afecto*: Su principal afecto es la cólera no expresada, que se asocia con la rebelión contra las reglas dictadas por la autoridad. Este afecto, que es consciente, alterna con la ansiedad cuando prevén represalias y se sienten amenazados con un «corte de víveres».

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Las palabras *clave* de los obsesivo-compulsivos son «control» y «se debe». Estos individuos hacen una virtud del culto a los medios para alcanzar un fin, hasta tal punto que los medios se convierten en un fin en sí. Para ellos, «el orden es devoción».

- *Concepción de sí mismos*: Se consideran responsables de sí mismos y de los otros. Creen que de ellos depende que se hagan las cosas. Tienen que rendir cuentas ante su propia conciencia perfeccionista. Se mueven sobre la base de fórmulas del tipo: «Tengo que hacer…». Muchas de las personas que tienen este trastorno albergan una imagen nuclear de sí mismas como ineptas o desvalidas. La preocupación profunda por sentirse desvalidas se vincula al miedo a verse superadas, a no poder desempeñar su función. En estos casos, el énfasis excesivo en el sistema compensa la percepción de las deficiencias y el sentimiento de estar desvalido.
- *Concepción de los demás*: Estas personas perciben a los demás como excesivamente despreocupados, a menudo irresponsables, autocomplacientes o incompetentes. Les atribuyen «deberes» en abundancia, para apuntalar sus

propias debilidades.

- *Creencias*:
  - En el trastorno obsesivo-compulsivo grave, las creencias *nucleares* son: «Puedo verme abrumado», «Soy básicamente desorganizado o estoy desorientado», «Para sobrevivir necesito orden, sistema y reglas».
  - Sus creencias *condicionales* son: «Si no soy sistemático, todo se derrumbará»; «Cualquier fallo o defecto por mi parte hará que me derrumbe», «Si yo u otro no nos esforzamos al máximo, fracasaremos», «Si fallo en esto, soy un fracaso como persona».
  - Sus creencias *instrumentales* son imperativos: «Debo ser yo quien controla», «Prácticamente todo tengo que hacerlo a la perfección», «Sé qué es lo mejor», «Tienen que hacerlo a mi manera», «Los detalles son esenciales», «La gente *deberá* trabajar mejor y esforzarse más», «Continuamente tengo que empujarme a mí mismo (y empujar a los otros)», «Hay que criticar a la gente para evitar errores futuros». Pensamientos automáticos frecuentes, teñidos de crítica, son: «¿Por qué no pueden hacerlo bien?», o «¿Por qué siempre me equivoco?».
- *Amenazas*: Las principales amenazas son los defectos, los errores, la desorganización o las imperfecciones. Tienden a sentir como una catástrofe «perder el control» o que «ellos (o los otros) no logren hacer las cosas».
- *Estrategia*: La estrategia de estas personas gira en torno de un sistema de reglas, normas y deberes. Al aplicar las reglas evalúan y miden el comportamiento de los demás tanto como el suyo propio. Para alcanzar sus metas, tratan de ejercer el máximo control sobre su propia conducta y la de los otros involucrados. Tratan de mantener el control sobre su propia conducta por medio de numerosos imperativos y autorreproches; intentan controlar la conducta de los demás dirigiéndolos abiertamente, o desaprobándolos y castigándolos. Esta conducta instrumental puede llegar a la coerción y un trato esclavizador.
- *Afecto*: En razón de sus normas perfeccionistas, estos individuos son particularmente proclives a los remordimientos, las decepciones y los castigos a sí mismos y a otros. La respuesta afectiva a la previsión de un comportamiento por debajo de las normas es la ansiedad. Cuando se produce un «fracaso» grave pueden caer en la depresión.

Trastorno paranoide de la personalidad

La palabra *clave* en el trastorno paranoide de la personalidad es «desconfianza». Es concebible que, en ciertas circunstancias, la cautela, la búsqueda de motivos ocultos o la falta de confianza en los demás sean adaptativas —incluso ayudan a salvar la vida—, pero la personalidad paranoide adopta esta postura en la mayoría de las situaciones, incluso las más benignas.

- *Concepción de sí mismas*: Las personalidades paranoides se ven como rectas y se sienten maltratadas por los demás.
- *Concepción de los demás*: Las otras personas son vistas esencialmente como tortuosas, mentirosas, traicioneras y encubiertamente manipuladoras. Creen que quieren obstaculizarlas, humillarlas, discriminarlas, pero siempre de un modo oculto o secreto, disfrazado de inocencia. Los paranoides pueden pensar que los demás forman coaliciones secretas contra ellos.
- *Creencias*:
    - Las creencias *clave* consisten en nociones tales como: «Soy vulnerable a otras personas», «No se puede confiar en los demás», «Sus móviles son sospechosos», «Me engañan», «Me van a derrumbar o desacreditar».
    - Las creencias *condicionales* son: «Si no tengo cuidado me manipularán, abusarán o se aprovecharán de mí», «Si la gente actúa amistosamente, es porque trata de usarme», «Si las personas parecen distantes, ello demuestra que son hostiles».
    - Las creencias *instrumentales* (o de autoinstrucción) son: «Mantente en guardia», «No confíes en nadie», «Busca los motivos ocultos», «No te dejes engañar».
- *Amenazas*: Su temor principal es ser secretamente manipulado, controlado, rebajado o discriminado.
- *Estrategias*: En razón de la idea de que los demás están contra ellas, las personalidades paranoides se ven impulsadas a una enorme vigilancia y a estar siempre en guardia. Son cautelosas y suspicaces, y constantemente buscan indicios que revelen los «motivos ocultos» de sus «adversarios». A veces se enfrentan a tales «adversarios» con quejas por presuntos agravios, y de tal modo provocan realmente la hostilidad que creían percibir.
- *Afectos*: El principal afecto es la cólera por el presunto abuso. Pero algunas personalidades paranoides experimentan además una ansiedad constante por las amenazas percibidas. Esa ansiedad penosa es a menudo la causa de que soliciten terapia.

Desorden antisocial de la personalidad

La personalidad antisocial puede asumir una variedad de formas: la expresión de la conducta antisocial es muy diversa (véase el DSM-III-R; APA, 1987); va desde la connivencia, la manipulación y la explotación hasta el ataque directo.

- *Concepción de sí mismas*: En general, estas personalidades se consideran solitarias, autónomas y fuertes. Algunas piensan haber sido objeto de abusos y maltratos por parte de la sociedad; justifican la victimización de otros con la creencia de que ellas mismas han sido victimizadas. Otros de estos sujetos simplemente asumen un papel predador en un mundo caníbal en el que violar las reglas sociales es normal e incluso deseable.
- *Concepción de los demás*: Se ve a las otras personas como explotadoras (y por lo tanto merecedoras de ser explotadas en represalia), o como débiles y vulnerables (por lo cual está bien que sean víctimas).
- *Creencias*:
  - Las creencias *nucleares* son: «Tengo que cuidar de mí mismo», «Debo ser el agresor, o seré la víctima». La personalidad antisocial también cree que «Los demás son tontos», o que «Son unos explotadores, y por lo tanto tengo derecho a explotarlos». Estas personas creen tener derecho a violar las reglas (supuestamente arbitrarias y destinadas a proteger a «los que tienen» de «los que no tienen»). Esta idea contrasta con la de las personalidades narcisistas, que creen ser tan especiales y únicas que están por encima de las reglas —prerrogativa que a su juicio todos reconocerán y respetarán fácilmente.
  - La creencia *condicional* es: «Si no presiono (o manipulo, exploto, ataco) a los demás, nunca obtendré lo que merezco».
  - Las creencias *instrumentales* o imperativas son: «Pegar primero», «Ahora te toca a ti», «Tómalo, te lo mereces».
- *Estrategias*: Las principales estrategias pertenecen a una de dos clases. La personalidad antisocial se manifiesta, ataca, roba y defrauda abiertamente. El tipo más sutil —de «guante blanco»— engaña, explota y estafa mediante manipulaciones astutas y sutiles.
- *Afecto*: Cuando hay un afecto en particular, se trata esencialmente de la cólera, por la injusticia que supone que otras personas tengan lo que el antisocial supone que él merece.

Trastorno narcisista de la personalidad

La palabra clave de los narcisistas es «autoexaltación».

- *Concepción de sí mismas*: Las personalidades narcisistas se consideran especiales y únicas, casi príncipes o princesas. Se atribuyen un *status* especial, por encima de la masa de las personas corrientes. A su juicio son superiores y tienen derecho a favores especiales y a un tratamiento de favor; están por encima de las reglas que rigen a las otras personas.
- *Concepción de los demás*: Si bien consideran que las otras personas son inferiores, esta idea no tiene el mismo sentido que en las personalidades antisociales. Simplemente se consideran prestigiosas y por encima del promedio; los otros serían sus vasallos o partidarios. Procuran obtener la admiración de los demás, sobre todo como prueba de su propia grandiosidad y para preservar su *status* superior.
- *Creencias*:
  - Las creencias narcisistas *nucleares* son las siguientes: «Puesto que soy especial, merezco miramientos, privilegios y prerrogativas especiales», «Soy superior a los demás y ellos tienen que reconocerlo», «Estoy por encima de las reglas».
  - Las creencias *condicionales* son: «Si no reconocen mi *status* especial, hay que castigarles», «Para conservar mi *status* especial, debo someterles».
  - La creencia *instrumental* es: «Trata constantemente de insistir en tu superioridad y en demostrarla».
- *Estrategia*: Las estrategias principales consisten en hacer cuanto se pueda por reforzar el propio *status* superior y ampliar el dominio personal. El narcisista busca gloria, riqueza, posición, poder y prestigio para reforzar continuamente su imagen «superior». Tiende a ser altamente competitivo con quienes pretenden un *status* igualmente alto. Recurre a estrategias manipuladoras para lograr sus fines. Puesto que se consideran por encima de las reglas que rigen al resto de la humanidad, para ellos «es lícito todo y cualquier cosa». A diferencia de la personalidad antisocial, no tienen una concepción cínica de las reglas de la conducta humana; simplemente se consideran exceptuados. Se ven como parte de la sociedad, pero en el estrato más alto.
- *Afecto*: Su principal afecto es la cólera cuando otras personas no les conceden la admiración o el respeto que creen merecer, o de algún otro modo los frustran. Pero son proclives a la depresión cuando sus estrategias fallan. Por ejemplo, los psicoterapeutas han tratado a financieros de Wall Street que, tras haber hecho un

uso fraudulento de información confidencial, se deprimieron al ser descubiertos y quedar expuestos a la vergüenza pública. Estos hombres sentían que al caer de sus elevadas posiciones lo habían perdido absolutamente todo.

Trastorno histriónico de la personalidad

La palabra *clave* en las personalidades histriónicas es «expresividad»; este término encarna la tendencia a dar una carga emocional o a hacer románticas todas las situaciones, así como a impresionar y cautivar a los otros.

- *Concepción de sí mismas*: Se ven como encantadoras, grandiosas y merecedoras de atención.
- *Concepción de los demás*: Los ven favorablemente mientras logren atraer su atención y su afecto, y consigan divertirles. Tratan de formar alianzas sólidas, pero con la condición de que se les permita ocupar el centro del grupo mientras los otros miembros desempeñan el papel de audiencia atenta. En contraste con las personalidades narcisistas, se entregan calurosamente a las interacciones constantes con las otras personas, y su autoestima depende de que reciban continuas expresiones de aprecio.
- *Creencias*:
    - La persona con un trastorno histriónico tiene a menudo creencias *nucleares* tales como: «En el fondo carezco de atractivos», o «Para ser feliz necesito que me admiren».
    - Entre las creencias *compensatorias* se cuentan: «Merezco que me quieran, soy entretenido e interesante», «Tengo derecho a que me admiren», «Los demás están para admirarme y hacer lo que les pida», «No tienen ningún derecho a negarme lo que merezco».
    - Las creencias *condicionales* son, entre otras: «Si no cautivo a la gente, no soy nada», «Si no les resulto interesante, me abandonarán», «Si la gente no responde, es porque es mala», «Si no puedo cautivar a la gente, estoy desamparado».
    - Las personas histriónicas tienden a pensar de modo globalizador y basado en impresiones, hecho que se refleja en una de sus creencias *instrumentales*: «Puedo confiar en mis sentimientos». Así como los obsesivo-compulsivos se guían por sistemas racionales o intelectuales, los histriónicos siguen sus sentimientos. Si el histriónico se encoleriza, le basta con sus sentimientos para justificar el castigo a otra persona. Cuando siente

afecto, no vacila en exteriorizarlo efusivamente, aunque al cabo de unos minutos pueda pasar a otro tipo de expresión. Si está triste, llora. Tiende a teatralizar el modo como comunica su sensación de frustración o desesperación, como en el «intento de suicidio histriónico». Esas pautas generales se reflejan en imperativos tales como: «Expresa tus sentimientos», «Sé divertido», «Demuéstrale a la gente que te ha herido».

- *Estrategias*: Los histriónicos son demostrativos y teatrales para hacer que las personas queden ligadas a ellos. Pero cuando no logran imponerse creen que se los trata con injusticia, tratan de obtener sumisión o se vengan con estallidos de mal genio. Tienen una baja tolerancia a la frustración, y pueden recurrir al llanto, la conducta agresiva y gestos suicidas para lograr lo que quieren o «castigar» a quien les ofende. Los intentos de suicidio pueden ser serios y potencialmente fatales, aunque respondan a impulsos del momento.
- *Afecto*: El afecto más destacado es la jovialidad, a menudo mezclada con alegría y buen humor cuando logran comprometer a otros. Pero por lo general experimentan una corriente subterránea de ansiedad, que refleja el miedo al rechazo. Ante la frustración, el afecto puede convertirse rápidamente en cólera o tristeza.

Trastorno esquizoide de la personalidad

La palabra *clave* de la personalidad esquizoide es «aislamiento». Estos individuos son la encarnación de la personalidad autónoma. Están dispuestos a sacrificar la intimidad en las relaciones para preservar su desapego y autonomía.

- *Concepción de sí mismos*: Se ven como autosuficientes y solitarios. Valoran la movilidad, la independencia y las empresas individuales. Prefieren tomar sus propias decisiones, realizar actividades a solas y no formar parte de un grupo.
- *Concepción de los demás*: Para ellos, las otras personas son intrusos que se entrometen. Permitir un acercamiento íntimo es dar a otras personas la oportunidad de que les acosen y les acorralen.
- *Creencias*:
    - Sus creencias *nucleares* son ideas como: «Estoy solo», «Las relaciones estrechas con otras personas no compensan, son desastrosas», «Puedo hacer mejor las cosas si los otros no me estorban», «Las relaciones estrechas son indeseables porque interfieren en mi libertad de acción».
    - Las creencias *condicionales* son: «Si me acerco demasiado a la gente, me

van a clavar sus garfios», «No puedo ser feliz a menos que tenga una movilidad total».

- Las creencias *instrumentales* toman la forma de: «No te acerques demasiado», «Manten las distancias», «No te comprometas».

- *Estrategia*: La estrategia principal de estos pacientes es mantenerse a distancia en la medida de lo posible. Pueden unirse a otros por razones específicas —por ejemplo, en las actividades laborales o el sexo—, pero cuando no las hay prefieren distanciarse. Ante cualquier acción que represente una intrusión, se sienten fácilmente amenazados.
- *Afecto*: Mientras se mantienen a distancia, los esquizoides experimentan un bajo nivel de tristeza. Si se ven forzados a un encuentro estrecho, pueden ponerse muy ansiosos. En contraste con las personalidades histriónicas, no son proclives a demostrar lo que sienten, sea verbalmente o con gestos faciales, por lo cual producen la impresión de que no tienen sentimientos intensos.

Estilos de pensamiento

Los trastornos de la personalidad pueden también caracterizarse por sus estilos cognitivos, como reflejo posible de las estrategias conductuales de los pacientes. Los estilos cognitivos tienen que ver con la *manera* de procesar la información, en tanto opuesta al *contenido* específico del procesamiento. Varios tipos de personalidad tienen estilos cognitivos característicos que vale la pena describir.

- Los *histriónicos* emplean la estrategia de la «exhibición» para atraer a las personas y satisfacer sus deseos de apoyo e intimidad. Cuando la estrategia de impresionar o divertir fracasa, hacen un franco despliegue «teatral» (llanto, rabia, etcétera) para castigar a quienes los ofenden y obligarlos a someterse. El procesamiento de la información presenta el mismo carácter global y basado en impresiones. A estos individuos «el bosque les impide ver los árboles». Interpretan las situaciones en términos amplios, estereotipados, globales, a expensas de detalles cruciales. Es probable que respondan a su *Gestalt* de la situación, basada en información inadecuada.

  Las personas con un trastorno histriónico son también proclives a adscribir

cierta pauta a determinada situación, aunque esa pauta no corresponda. Por ejemplo, si otras personas parecen indiferentes a los intentos de divertirlas, el histriónico juzga la situación en su globalidad —«Me rechazan»—, en lugar de ver los detalles que podrían explicar la conducta de los otros. Pasan por alto el hecho de que pueden estar cansados o aburridos, o preocupados por otras cosas. El énfasis en las «impresiones» es también evidente en el modo como adornan todas las experiencias: les dan a los hechos un carácter romántico que los eleva a la categoría de gran drama o gran tragedia. Finalmente, como sintonizan más con la evaluación subjetiva que con la medición objetiva de los hechos, tienden a considerar sus sentimientos como una guía decisiva para la interpretación. Por ejemplo, si en el encuentro con otra persona se sienten mal, ello significa que la otra persona es mala. Si han experimentado euforia, significa que la otra persona es maravillosa.

- A la personalidad *obsesivo-compulsiva*, en acentuado contraste con la histriónica, «los árboles le impiden ver el bosque». Estas personas se centran tanto en los detalles que pasan por alto la pauta general; por ejemplo, quizá tomen una decisión basándose en unas pocas fallas en el comportamiento de alguien, aunque éste sea globalmente bueno. Además, en contraste con el histriónico, el obsesivo-compulsivo tiende a minimizar las experiencias subjetivas. Así se priva de parte de la riqueza de la vida y del acceso a los sentimientos como fuente de información que realza la significación de los acontecimientos importantes.
- El estilo de pensamiento de las personas con personalidad *evitativa* difiere del de los individuos que acabamos de describir. Así como tienden a evitar las situaciones en las que se sienten mal, también emplean un mecanismo de «evitación interna». En cuanto empiezan a experimentar un sentimiento desagradable, tratan de amortiguarlo desviando la atención hacia alguna otra cosa o con un remedio superficial y rápido —por ejemplo, tomando una copa—. También evitan los pensamientos capaces de suscitar sentimientos desagradables.
- Los estilos cognitivos de los otros trastornos de la personalidad no son tan definidos como los que hemos considerado.

Resumen de las características

La tabla 3.2 presenta las características de nueve trastornos de la personalidad. Las dos primeras columnas dan las concepciones de sí mismo y de los otros; en la columna siguiente encontramos las creencias respectivas, y en la columna final, las estrategias específicas. Esta tabla demuestra que el modo de verse a sí mismo y de ver a los otros, junto con las creencias, conducen a una estrategia específica. Aunque esa estrategia o conducta proporciona las bases para el diagnóstico del trastorno de la personalidad, para la plena comprensión de la naturaleza del problema es importante esclarecer el concepto de sí mismo y de los demás, y las creencias del sujeto. Estos componentes cognitivos forman parte del procesamiento de la información, y al ser activados desencadenan la estrategia correspondiente.

TABLA 3.2 ***Perfil de las características de los trastornos de la personalidad***

Trastorno de la personalidad	Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Principales creencias	Estrategia principal
Por evitación	Vulnerable al desprestigio, al rechazo Socialmente inepto Incompetente	Críticos Despreciativos Superiores	Es terrible ser rechazado, humillado Si la gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría No tolero los sentimientos desagradables	Evitar las situaciones de evaluación Evitar los pensamientos o pensamientos desagradables
Por dependencia	Necesitado Débil Desvalido Incompetente	(Idealizados) Generosos Brindan apoyo Competentes	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz Necesito un flujo constante de apoyo, de aliento	Cultivar relaciones de dependencia
Pasivo-agresivo	Autosuficiente Vulnerable al control, a las interferencias	Intrusivos Exigentes Interfieren Controlan Dominan	Los otros interfieren en mi libertad de acción Ser controlado por otros es intolerable Las cosas deben hacerse a mi manera	Resistencia pasiva Sumisión superficial Eludir, trampear con las reglas
Obsesivo-compulsivo	Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente	Irresponsables Despreocupados Incompetentes Autocomplacientes	Yo sé qué es lo mejor Los detalles son cruciales La gente *debería* trabajar mejor, esforzarse más	Aplicar las reglas Perfeccionismo Evaluar, controlar "Deberes", criticar, castigar
Paranoide	Justo Inocente, noble Vulnerable	Interfieren Maliciosos Discriminan Tienen móviles abusivos	Los móviles son sospechosos Hay que mantenerse en guardia No hay que confiar	Cautela Búsqueda de móviles ocultos Acusar Contraatacar
Antisocial	Solitario Autónomo Fuerte	Vulnerables Explotadores	Tengo derecho a *violar* las reglas Los otros son tontos Los otros son exploradores	Ataque, robo Engañar, manipular
Narcisista	Especial, único Merece reglas especiales, es superior Está por encima de las reglas	Inferiores Admiradores	Puesto que soy especial, *merezco* reglas especiales Estoy por encima de las reglas Soy mejor que los otros	Usar a los demás Saltearse las reglas Manipular Competir
Histriónico	Encantador Impresionante	Accesibles a la seducción Receptivos Admiradores	La gente está para servirme o admirarme No tienen derecho a negarme lo que merezco Puedo guiarme por mis sentimientos	Teatralidad, encanto; estallidos de mal genio Llanto; gestos suicidas
Esquizoide	Autosuficiente Solitario	Intrusivos	Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables	Mantener la distancia

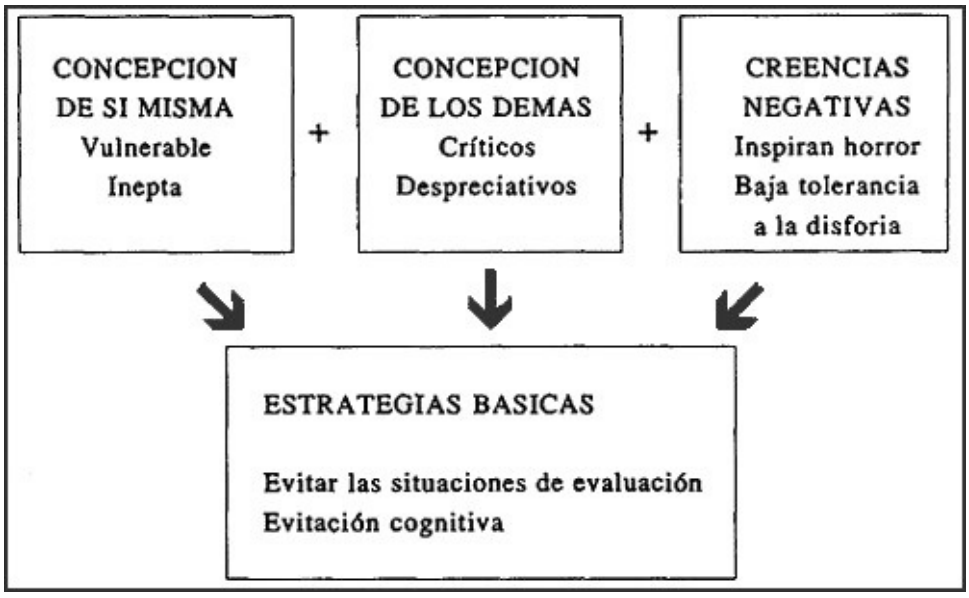
Trastorno de la personalidad	Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Principales creencias	Estrategia principal
Por evitación	Vulnerable al desprestigio, al rechazo Socialmente inepto Incompetente	Críticos Despreciativos Superiores	Es terrible ser rechazado, humillado Si la gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría No tolero los sentimientos desagradables	Evitar las situaciones de evaluación Evitar los pensamientos o pensamientos desagradables
Por dependencia	Necesitado Débil Desvalido Incompetente	(Idealizados) Generosos Brindan apoyo Competentes	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz Necesito un flujo constante de apoyo, de aliento	Cultivar relaciones de dependencia
Pasivo-agresivo	Autosuficiente Vulnerable al control, a las interferencias	Intrusivos Exigentes Interfieren Controlan Dominan	Los otros interfieren en mi libertad de acción Ser controlado por otros es intolerable Las cosas deben hacerse a mi manera	Resistencia pasiva Sumisión superficial Eludir, trampear con las reglas
Obsesivo-compulsivo	Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente	Irresponsables Despreocupados Incompetentes Autocomplacientes	Yo sé qué es lo mejor Los detalles son cruciales La gente *debería* trabajar mejor, esforzarse más	Aplicar las reglas Perfeccionismo Evaluar, controlar "Deberes", criticar, castigar
Paranoide	Justo Inocente, noble Vulnerable	Interfieren Maliciosos Discriminan Tienen móviles abusivos	Los móviles son sospechosos Hay que mantenerse en guardia No hay que confiar	Cautela Búsqueda de móviles ocultos Acusar Contraatacar
Antisocial	Solitario Autónomo Fuerte	Vulnerables Explotadores	Tengo derecho a *violar* las reglas Los otros son tontos Los otros son exploradores	Ataque, robo Engañar, manipular
Narcisista	Especial, único Merece reglas especiales, es superior Está por encima de las reglas	Inferiores Admiradores	Puesto que soy especial, *merezco* reglas especiales Estoy por encima de las reglas Soy mejor que los otros	Usar a los demás Saltearse las reglas Manipular Competir
Histriónico	Encantador Impresionante	Accesibles a la seducción Receptivos Admiradores	La gente está para servirme o admirarme No tienen derecho a negarme lo que merezco Puedo guiarme por mis sentimientos	Teatralidad, encanto; estallidos de mal genio Llanto; gestos suicidas
Esquizoide	Autosuficiente Solitario	Intrusivos	Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables	Mantener la distancia

Por ejemplo, una persona evitativa —Jill— *se veía a sí misma* como socialmente inepta; por lo tanto, era vulnerable al desprestigio y el rechazo. Para ella *los demás* eran críticos y despreciativos; ese modo de ver complementaba su sensación de vulnerabilidad. La *creencia* de que el rechazo era terrible sumaba una enorme valencia a su sensibilidad, y tendía a magnificar la importancia de cualquier rechazo, previsto o real. De hecho, esa creencia tendía a cerrar el paso a toda retroalimentación positiva. La previsión del rechazo hacía que se sintiera crónicamente ansiosa entre la gente; como lo magnificaba, cualquier signo de rechazo podía herirla.

Otras dos creencias contribuían a hacer que se abstuviera de comprometerse: si se acercaba a la gente, la reconocerían como inferior e inadecuada, y ella no toleraba sentimientos desagradables, lo que la llevaba a evitar su activación. Por lo tanto, como resultado de la presión de sus diversas creencias y actitudes, se sintió empujada hacia la única estrategia compatible con su preocupación importante: evitar las situaciones en que podía ser evaluada. Además, en razón de su baja tolerancia a los sentimientos o pensamientos desagradables, constantemente desechaba cualquier idea capaz de suscitarlos. En la terapia tenía dificultades para tomar decisiones, identificar los pensamientos automáticos negativos o examinar sus creencias básicas, porque ello

despertaba ese tipo de sentimientos. La figura 3.1 ilustra el flujo básico.

FIGURA 3.1. ***Relación de las concepciones y creencias con las estrategias básicas***



Para cada uno de los otros trastornos de la personalidad se puede construir un gráfico de flujo análogo, con las creencias distintivas y las pautas conductuales resultantes. Por ejemplo, el trastorno de la personalidad por dependencia difiere del de la personalidad evitativa en cuanto a que en el primero se tiende a idolatrar a los otros potencialmente donadores y a creer que brindarán ayuda y apoyo. Por lo tanto, el dependiente se siente atraído hacia la gente. El pasivo-agresivo quiere aprobación pero no tolera nada que se parezca al control, de modo que tiende a frustrar a quienes esperan algo de él, con lo cual se perjudica a sí mismo. El obsesivo-compulsivo idealiza el orden y el sistema; se siente impulsado a controlar a los demás, tanto como a sí mismo. El paranoide vigila mucho a los otros a causa de su desconfianza y suspicacia básicas, y se inclina a acusarlos (abierta o mentalmente) de que lo discriminan. La personalidad antisocial afirma que tiene derecho a manipular a los demás o a abusar de ellos, debido a la creencia de que ha sido víctima de un agravio y de que los otros son tontos, o de que vivimos en una sociedad «caníbal». El narcisista se ve como superior al resto de los mortales y busca la gloria con cualquier método seguro. Los individuos histriónicos tratan de atraer a los demás divirtiéndoles, pero también con estallidos de mal genio y teatralizaciones que fuerzan el acercamiento cuando con el encanto no basta. El esquizoide, por su creencia de que relacionarse no compensa, se mantiene a distancia de las otras personas.

La comprensión de las creencias y estrategias típicas de cada trastorno de la personalidad le proporciona al terapeuta una guía. Pero debe tener presente que la mayoría de las personas con determinado trastorno de la personalidad también pondrán de manifiesto actitudes y conductas características de otros trastornos. En consecuencia, es importante que el terapeuta no pase por alto esas variaciones para

realizar una evaluación completa.

CAPÍTULO 4

PRINCIPIOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNITIVA

Consideremos el ejemplo de los pacientes recuperados de una depresión. La mayoría ya no se culpan por cada contratiempo que se produce, dejan de hacer predicciones negativas y son menos proclives a creerse inferiores o inadecuados. Pero algunos pacientes siguen mostrando esas características y reconocen que «siempre» han pensado de ese modo. Sin embargo, ya no están clínicamente deprimidos.

Una vez que ha cedido el trastorno del Eje I, el paciente vuelve al modo cognitivo anterior a la enfermedad. El modo del Eje II difiere del modo del Eje I en distintos aspectos. La frecuencia y la intensidad de los pensamientos automáticos disfuncionales observados durante el trastorno agudo descienden de nivel cuando el paciente retorna al nivel regular del funcionamiento cognitivo durante su «período neurótico normal». Aunque el paciente puede fácilmente identificar y poner a prueba sus pensamientos automáticos disfuncionales, en situaciones específicas siguen apareciendo estas interpretaciones exageradas o distorsionadas, con el afecto fragmentador asociado a ellas. Por ejemplo, una mujer muy inteligente y competente tenía el pensamiento automático de «No puedo hacerlo» cada vez que se le ofrecía un puesto que requería un nivel más alto de rendimiento intelectual.

La explicación más plausible de la diferencia entre el Eje I y los trastornos de la personalidad es que las creencias e interpretaciones defectuosas extremas características de los trastornos sintomáticos son relativamente plásticas —y, sin duda, se atemperan cuando la depresión cede, incluso sin ninguna intervención terapéutica—. En cambio, las creencias disfuncionales más persistentes del trastorno de la personalidad están «estructuralizadas», es decir, incorporadas en la organización cognitiva «normal». Por ello, para producir el tipo de cambio estructural capaz de cambiar un trastorno de la personalidad se necesitan mucho más tiempo y esfuerzo que para modificar el pensamiento disfuncional de, digamos, los trastornos afectivos.

Por lo general el terapeuta utiliza técnicas estándar de terapia cognitiva cuando se trata de aliviar episodios agudos del Eje I (American Psychiatric Association, 1987) tales como la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) o el trastorno por ansiedad generalizada (TAG; Beck y Emery con Greenberg, 1985). Este enfoque es eficaz para tratar pensamientos disfuncionales automáticos y ayuda a producir el cambio cognitivo que partiendo del modo de procesamiento depresivo (o del trastorno por ansiedad generalizada) conduce de nuevo al modo «normal». El sondeo de los pensamientos automáticos y las creencias durante el episodio depresivo o ansioso es una buena práctica para tratar esos procesos cognitivos durante el período relativamente inactivo. Los pacientes observados durante ese período han sido denominados «neuróticos» en la terminología psiquiátrica y coloquial anterior. La

«personalidad neurótica» se ha descrito en general con los rótulos de «inmadura» o «infantil»: presenta labilidad emocional, respuestas exageradas al rechazo o fil fracaso, concepto de sí misma carente de realismo (muy alto o muy bajo), y sobre todo un intenso egocentrismo.

Las creencias disfuncionales siguen actuando porque constituyen el sustrato de la orientación del paciente respecto de la realidad. Como una persona se basa en sus creencias para interpretar los hechos y guiarse en la selección del método que le permita enfrentarse a ellos, no puede renunciar a dichas creencias mientras no haya incorporado otras nuevas y estrategias adaptativas que las sustituyan. Cuando los pacientes vuelven a su nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad, de nuevo confían en sus estrategias usuales. En esta fase las creencias subyacentes son por lo general menos disfuncionales que durante la depresión o el trastorno por ansiedad generalizada, pero menos susceptibles de modificación que durante el período agudo.

Es necesario que tanto el paciente como el terapeuta reconozcan que esas creencias (esquemas) residuales básicas están profundamente arraigadas y no ceden con facilidad con las técnicas utilizadas en el tratamiento estándar de la depresión o la ansiedad. Incluso cuando los pacientes están convencidos de que sus creencias básicas son disfuncionales o irracionales, no pueden suprimirlas por el solo hecho de cuestionarlas o «desear» que desaparezcan.

Se necesita un proceso largo y a veces tedioso para lograr el cambio en la estructura caracterológica de esos pacientes. La «fase caracterológica» del tratamiento tiende a ser prolongada y mucho menos escandida por mejorías espasmódicas y espectaculares.

Conceptualizacion del caso

La conceptualización específica de cada caso es crucial como marco para la comprensión de la conducta inadaptada del paciente y la modificación de las actitudes disfuncionales. En consecuencia, el terapeuta tiene que formular el caso en forma temprana, si es posible durante el proceso de evaluación. Desde luego, a medida que se recogen nuevos datos, la formulación se modifica adecuadamente. Algunas hipótesis quedan confirmadas, otras se rectifican o abandonan, y otras nuevas se incorporan a la formulación.

Compartir esta formulación con el paciente puede favorecer el proceso de recolección de datos; le proporciona a éste una guía con respecto a las experiencias

en las que debe centrar su atención, y las interpretaciones y creencias subyacentes que tiene que identificar. El paciente y el terapeuta pueden poner a prueba el material nuevo para introducirlo de forma coherente en la formulación preliminar. Sobre la base de los nuevos datos, el terapeuta va reformulando el caso a medida que los recoge.

Diagramas dibujados para cada paciente pueden mostrarles el modo de incorporar las experiencias siguientes a la formulación general. Suele ser útil que el paciente se lleve estos diagramas a su casa. Algunos terapeutas usan una pizarra para demostrar de qué manera la mala construcción de la realidad deriva de las creencias. Por ejemplo, la personalidad dependiente que le dice al terapeuta «Necesito ayuda» cuando se enfrenta a un nuevo desafío, necesita ver la conexión entre esa idea y la creencia nuclear: «No soy capaz de hacer nada sin ayuda» o «Estoy desamparado». Como las creencias están muy enquistadas, no ceden ante el tipo de refutaciones cotidianas que por lo general conducen a la modificación o eliminación de los esquemas menos rígidos. Las refutaciones repetidas, sistemáticas, obtenidas ideando y llevando a cabo «experimentos conductuales» pueden finalmente desgastar esas creencias disfuncionales y tender las bases para actitudes más adaptativas, tales como «Realizo sin ayuda una amplia gama de tareas».

TABLA 4.1. ***Procesamiento cognitivo a partir de los esquemas nucleares: un ejemplo***

	Creencias de Beverly	*Creencias de Gary*
Debería	Gary debería ayudar cuando se lo pido	Beverly debería ser más respetuosa
Debo	Debo controlar la conducta de los demás	Debo controlar la conducta de los demás
Creencia condicional especial	Si Gary no me ayuda, no podré desenvolverme	Si le doy una oportunidad, la gente da de lado
Miedo		Me van a dar de lado
Esquema nuclear	Soy un bebé desvalido	Soy un tonto

La tabla 4.1 presenta una formulación estructural de los problemas de una pareja que tenía creencias un tanto similares, pero que diferían en aspectos cruciales. Los problemas de esta pareja han sido expuestos detalladamente en otro lugar (Beck, 1988). En pocas palabras, Gary, que padecía un trastorno narcisista de la personalidad, tenía violentos estallidos periódicos contra Beverly, a la que acusaba de zaherirlo constantemente porque él no la ayudaba en ciertas tareas domésticas. Gary creía que el único modo de controlar a Beverly (que padecía un trastorno de la

personalidad por dependencia) era aplastarla, obligarla a «callarse». Beverly, por su parte, creía que ella tenía que controlar las continuas negligencias de Gary en sus roles de esposo y padre increpándole para que «recordase» sus deserciones. Estaba convencida de que ése era el único modo de asumir su responsabilidad de ama de casa y madre. Por debajo estaba la firme creencia de que ella no podía funcionar en absoluto si no tenía a alguien en quien apoyarse.

Gary había sido criado en un hogar en el que «la fuerza daba derecho». Su padre y un hermano mayor le habían intimidado hasta hacerle creer que era un tonto. Compensó esa imagen de sí mismo adoptando una estrategia interpersonal idéntica a la de ellos: en esencia, el mejor modo de controlar la inclinación de los demás a dominar o humillar consiste en intimidarles, si es necesario mediante el empleo de la fuerza. La formulación inicial, confirmada por las siguientes entrevistas individuales y conjuntas, fue la siguiente. El esquema nuclear de Gary era «Soy un tonto». Este concepto de sí mismo amenazaba con emerger siempre que se consideraba vulnerable a la humillación. Para protegerse, consolidó la creencia «Tengo que controlar a los demás», intrínseca de la conducta de su padre. Más adelante volveremos a considerar los métodos empleados para tratar esas creencias, que el terapeuta pudo rastrear detrás de la conducta de Gary.

Beverly, de modo análogo, creía lo siguiente: «Necesito controlar a Gary». Su imperativo derivaba del miedo a ser incapaz de desempeñar sus deberes sin ayuda. Su esquema nuclear era «Soy una niña desvalida». Obsérvese que la conducta de Gary («no ayudar»), una vez procesada por el esquema nuclear de la mujer («Sin la ayuda de alguien, estoy desvalida»), conducía a una sensación de debilidad, ante la cual Beverly reaccionaba haciéndole reproches a Gary y encolerizándose.

Por medio de imágenes y reviviendo experiencias pasadas de desamparo, el terapeuta activó el esquema nuclear y ayudó a Beverly a reconocer que su profunda necesidad de conseguir que Gary le ayudara provenía de su imagen de sí como una niña desvalida. En consecuencia, su «sermoneo» inadecuado era un intento de evitar su profunda sensación de desvalimiento. La interacción de Gary y Beverly demuestra de qué modo la estructura de la personalidad de cada miembro de la pareja puede agravar los problemas del otro; también ilustra la importancia de considerar los problemas de personalidad tal como se expresan en un contexto particular, como, por ejemplo, en una situación conyugal.

Identificación de los esquemas

El terapeuta debe utilizar los datos que recoge para inferir el autoconcepto del paciente y las reglas y fórmulas que sigue en su vida. A menudo tiene que determinar ese autoconcepto basándose en las descripciones que da el propio paciente de una variedad de situaciones.

Por ejemplo, supongamos que un paciente dice: «Me puse en ridículo cuando me equivoqué al pagar el pasaje», «No sé cómo llegué: licenciarme en el *college* o en la Facultad de Derecho. Parece que siempre estropeo las cosas» y «No creo poder describirle bien las situaciones». Estos son posibles indicios de que en un nivel básico el paciente se percibe como inadecuado o defectuoso. También hay que realizar una evaluación rápida de la validez de la imagen que él presenta de sí mismo. Desde luego, cuando está deprimido, esa amplia generalización global (creencia nuclear) se despliega en toda su magnitud, de modo que después de describir una situación conflictiva, el sujeto concluye con una observación tal como «Esto demuestra lo poco que valgo, lo inadecuado y antipático que soy».

El terapeuta infiere los supuestos condicionales a partir de los enunciados que especifican las condiciones en las que se expresa el autoconcepto negativo. Por ejemplo, si la persona tiene pensamientos tales como «A Bob (o Linda) ya no le gusto», cuando esas personas han reaccionado algo menos amistosamente que de costumbre, el terapeuta puede inferir la fórmula subyacente: «Si los otros no me dan una prueba fuerte de afecto o interés, eso significa que no les importo». Desde luego, tratándose de determinados pacientes, en ciertas circunstancias puede haber algo de verdad en esa fórmula; hay que prestar una atención especial a las habilidades sociales deficientes o a un estilo interpersonal que genera fricciones. Pero los individuos con problemas de personalidad tienden a aplicar la fórmula arbitrariamente, a diestro y siniestro, en términos de todo o nada y en todas las situaciones, aun cuando haya explicaciones alternativas o pruebas ostensibles que refutan tal creencia.

De modo análogo, el terapeuta trata de inferir las concepciones que tiene el paciente de otras personas. Por ejemplo, ciertas afirmaciones de una personalidad paranoide pueden indicar que su esquema básico es que los otros son tortuosos, manipuladores, llenos de prejuicios, etcétera. Este esquema se pondría de manifiesto en enunciados como los siguientes: «El médico me sonrió. Sé que se trata de una sonrisa profesional y falsa que utiliza con todos, porque está ansioso por tener muchos pacientes», «El empleado contó con mucho cuidado el dinero que le daba porque desconfía de mí», o bien «Esta noche mi mujer está demasiado cariñosa conmigo. Me pregunto qué quiere sacarme». A menudo estos pacientes extraen tales conclusiones sin que nada las avale, o incluso cuando hay muy buenas razones para pensar lo contrario.

Cuando esas personas pasan por un estado paranoide agudo, por su mente corren pensamientos globales tales como: «Está tratando de engañarme», «Se empeñan en atraparme». Los esquemas nucleares son «No se puede confiar en la gente» y «Todos tienen móviles tortuosos». Una pauta consecuente de conclusiones arbitrarias refleja una distorsión cognitiva; se dice que está «impulsada por el esquema».

Especificación de las metas subyacentes

Por lo general la gente persigue objetivos amplios muy importantes para ellos, pero de los que es posible que no tengan una conciencia completa. El terapeuta trata de traducir a los términos de estas metas subyacentes las aspiraciones y ambiciones expresas. Por ejemplo, un paciente dice: «Cuando voy a una fiesta, me siento mal porque sólo unas pocas personas se acercan a decirme "Hola"», o «Pasé un momento excelente porque muchos me rodearon para que les contara mi viaje». Partiendo de una gama amplia de descripciones correspondientes a algunas situaciones diversas, el terapeuta infiere que la meta subyacente es algo así como «Para mí es muy importante gustarles a todos». Los supuestos condicionales derivan de los esquemas nucleares; en este caso se podría decir «Si no les gusto, no valgo la pena».

Otro paciente dijo que se sentía mal por no haber alcanzado la nota máxima en un examen. También se sentía un poco desalentado cuando no podía recordar el nombre de algún científico en el curso de la conversación con un amigo. Además, al enterarse de que le iban a otorgar una beca para la escuela de graduados se excitó tanto que pasó toda la noche en vela. Su meta —que no articuló hasta ser interrogado sobre sus experiencias— era «ser famoso». Con esa meta estaba asociado el supuesto condicional de que «Si no llego a ser famoso, habré desperdiciado mi vida».

Del mismo modo pueden inferirse otros tipos de metas. Consideremos el caso de un individuo que rechaza todo ofrecimiento de ayuda y es renuente a dejarse envolver en cualquier clase de «relación». En cuanto el terapeuta extrae el tema común: «Necesito espacio» puede poner a prueba su inferencia observando las reacciones del paciente en la terapia y en otras situaciones. Por ejemplo, si el paciente tiende a establecer una distancia física durante la entrevista, se retira pronto y expresa el deseo de elaborar solo sus problemas, ello indica una meta subyacente de autonomía. El supuesto condicional podría ser «Si dependo demasiado de alguien, o intimo con él, ya no podré ser libre». Con esa idea se asocia la creencia de «Estoy desvalido si no tengo una completa libertad de acción».

Cuando el terapeuta ya cuenta con todos los datos y ha inferido el supuesto nuclear, las creencias condicionales y las metas, está en condiciones de formular el caso en los términos del modelo cognitivo (cf. la formulación del caso de Gary y Beverly).

Cooperación

Uno de los principios de la terapia cognitiva es inculcar en el paciente un espíritu de cooperación y confianza. Construir una elación es probablemente más importante

en el trastorno crónico le la personalidad que en la fase sintomática aguda. En el período de malestar agudo (por lo general depresión y/o ansiedad) suele ser posible motivar al paciente para que ensaye las sugerencias del terapeuta, y obtenga una pronta reducción del sufrimiento. En el trastorno crónico de la personalidad los cambios se producen mucho más lentamente y la recompensa es mucho menos perceptible. Por lo tanto, terapeuta y paciente tienen que hacer un trabajo considerable con el proyecto de cambio de la personalidad a largo plazo.

Es frecuente que los pacientes tengan que ser motivados a fin de que cumplan con las tareas para realizar por su cuenta. La motivación del paciente suele declinar cuando pasa el episodio agudo, puesto que desaparecen los sentimientos desagradables de ansiedad, tristeza, ira que estimulan la acción. Además, el trastorno de la personalidad en sí suele obstaculizar la realización de los encargos. La personalidad evitativa puede pensar que «Escribir mis pensamientos es demasiado penoso»; la narcisista, «Alguien como yo no se puede dedicar a esas tonterías»; la paranoide, «Lo que escriba podría usarse contra mí» o «El terapeuta trata de manipularme». El terapeuta debería considerar esas formas de «resistencia» como «agua para su molino», y someterlas al mismo tipo de análisis que utiliza con las otras formas del material o con los datos.

Descubrimiento guiado

Parte del arte de la terapia cognitiva consiste en transmitir una sensación de aventura —indagar y descifrar los orígenes de las creencias del paciente, explorar el significado de los acontecimientos traumáticos, sondear la riqueza de las imágenes—. Si esto falta, la terapia puede reducirse a un proceso repetitivo cada vez más tedioso. De hecho, cambiar el modo de presentación de las hipótesis, emplear diferentes frases y palabras e ilustrar las ideas con metáforas y anécdotas ayuda a convertir la relación en una experiencia educativa humana.

En la fase crónica, el terapeuta pasa más tiempo descifrando con los pacientes el *significado* de las experiencias, para determinar las sensibilidades y vulnerabilidades específicas e identificar la razón de las reacciones exageradas a ciertas situaciones. Como se indicó en el capítulo 3, los significados dependen en gran medida de las creencias subyacentes («Si alguien me critica, significa que no le gusto»). Para determinar el significado, es posible que el terapeuta tenga que proceder gradualmente, en una serie de pasos.

Empleo de las reacciones de «transferencia»

El terapeuta debe permitir que aparezcan reacciones negativas contra él, pero no

provocarlas deliberadamente. Tiene que estar alerta con respecto a las señales de ira, decepción y frustración que el paciente experimente en la relación terapéutica.

Esas reacciones hacia el terapeuta abren ventanas que permiten vislumbrar el mundo privado del paciente. Además, si no se las explora, las interpretaciones distorsionadas persistirán y obstaculizarán la cooperación. Si se sacan a luz, a menudo proporcionan un rico material para comprender los significados y creencias que están detrás de las reacciones idiosincrásicas o repetitivas.

El terapeuta debe buscar los signos reveladores de la cognición «transferencial». Se trata de los mismos signos que sugieren la presencia de pensamientos automáticos durante la sesión. Por ejemplo, puede haber un cambio súbito en la conducta no verbal del paciente —pausas en medio de una serie de afirmaciones, cambio abrupto de la expresión, puños crispados, postura abatida—. O bien el paciente pasa de pronto a otro tema, tartamudea, se bloquea, etcétera. Uno de los signos más reveladores es un cambio en la mirada, sobre todo cuando el paciente ha pensado algo pero prefiere no comunicarlo. Cuando se le interroga, el paciente dice: «No es importante, no es nada». El terapeuta tiene que presionar, porque podría tratarse de algo esencial. Algunos pacientes tienen pensamientos automáticos durante la entrevista, y no resulta práctico que comuniquen más que unos pocos. Pero ellos pueden seguirles la pista y registrarlos por escrito.

Al tratar los trastornos de la personalidad, el terapeuta debe tener un cuidado especial en no emitir un juicio crítico. En realidad, las palabras mismas que empleamos para designar esos trastornos (narcisista, compulsivo, dependiente, etcétera) tienen un tinte peyorativo. Una vez hecho el diagnóstico, es mejor evitarlas y pensar en términos de creencias, sensibilidades, significados, etcétera. Innecesario es decir que para el terapeuta es valioso simpatizar con el paciente. Al tratar de ponerse en el lugar del paciente (quizás imaginándose que tiene el mismo conjunto de sensibilidades, la misma sensación de desvalimiento y vulnerabilidad), el terapeuta puede comprenderlo mejor. Al mismo tiempo, debe tener cuidado y no quedar tan involucrado en los problemas del paciente que pierda la objetividad.

Construcción de la relación terapéutica

En la mayoría de los trastornos de la personalidad se necesita una relación terapéutica más estrecha y cálida que en los trastornos agudos (del Eje I), tales como la ansiedad o la depresión. En el trastorno agudo, el terapeuta suele asumir el papel de una autoridad que conoce los procedimientos necesarios para ayudar al paciente a librarse de los síntomas penosos. A cambio, el paciente suele sentir calidez y gratitud hacia el experto que le ayuda, primero anticipándose al alivio del malestar agudo y después como reconocimiento por la rápida mejoría del estado clínico.

Durante la fase más crónica, el papel del terapeuta cambia sutilmente. Una gran

parte del tiempo de la terapia se dedica a familiarizarse con la vida total del paciente —hijos, esposa, trabajo—. Ese compromiso del terapeuta, siempre y cuando se mantenga dentro de límites razonables, lo pone en el lugar de un amigo o consejero. En realidad, en gran medida lo que hace el terapeuta es alimentarse en sus propias experiencias vitales y en su propia sabiduría para proponer posibles soluciones a los problemas, y también para educar al paciente sobre la naturaleza de las relaciones íntimas. Este proceso de reeducación es particularmente importante con pacientes que padecen un trastorno límite de la personalidad; los déficit de la personalidad de estos sujetos pueden haberles impedido adquirir y consolidar muchas de las habilidades básicas de autocontrol y las relaciones estables con los demás.

Con el transcurso del tiempo, el terapeuta se convierte en un modelo de rol para el paciente —en alguien que éste puede emular cuando se trata de demostrar consideración, tacto, sensibilidad y comprensión en su propio círculo de íntimos y amigos—. Muchos pacientes han observado que incorporaban características de su terapeuta (por ejemplo, mantenerse calmado y relajado en situaciones de estrés, no reaccionar en exceso a la decepción, pensar antes de hablar o actuar). En muy raras ocasiones, el paciente puede ir demasiado lejos e incorporar la persona total del terapeuta, experiencia que se puede abordar cognitivamente. Por ejemplo, quizás el terapeuta desee explorar por qué el paciente desecha su propia identidad.

Problemas en la cooperación

Las dificultades en la cooperación terapéutica no son exclusivas del paciente con trastornos de la personalidad. «Resistencia», «disconformidad», «falta de acuerdo» o «transferencia negativa» son designaciones que se han empleado para referirse a problemas en la relación terapéutica, ausencia de progreso o progreso terapéutico lento y a conclusión prematura del tratamiento. El paciente del Eje II, en razón de la cronicidad y naturaleza del trastorno, tiene una mayor proclividad a ser no-cooperativo o disconforme que el paciente del Eje I.

La no cooperación con el régimen terapéutico ha sido llamada «resistencia» por los autores analíticos, lo que implica que el paciente, por razones conscientes o inconscientes, opta por mantener el *statu quo*. Para Jones (1948/1967), el fenómeno de la resistencia es «instintivo» y previsible en la terapia. En vista del empleo histórico del término, y de lo que el fenómeno supone, nosotros hablamos de «no cooperación», en oposición a la terminología más familiar. Algunos libros recientes

de orientación conductual han abordado esta importante cuestión (Ellis, 1985; Harris y Watkins, 1987; Shelton y Levy, 1981; Wachtel, 1982).

Como ya hemos visto, los esquemas concernientes al cambio, la concepción de sí mismo y la concepción de los demás pueden ser extremos y sumamente exagerados. Esa concepción exagerada se pone de manifiesto de distintas maneras. La no cooperación puede exteriorizarse directamente (por ejemplo, llegando tarde o faltando a las sesiones), o de un modo más sutil, a través de omisiones en el material comunicado. Los temas comunes suponen desconfianza respecto del terapeuta, vergüenza, quejas contra otros (personas o instituciones), desaprobación a uno mismo o a otros, o miedo al rechazo. No obstante, hay muchas razones para la disconformidad que no son que el paciente no quiera cambiar, o una batalla entre sus estructuras intrapsíquicas. Esas razones pueden aparecer en cualquier combinación o permutación; la fuerza relativa de la disconformidad puede cambiar con las circunstancias de la vida, con el progreso en la terapia, con los cambios en la relación terapéutica, con la capacidad del terapeuta para resolverla, y así sucesivamente.

Para la disconformidad terapéutica podemos identificar las razones que damos a continuación; saber conceptualizarlas ayuda a mitigarla.

1. El paciente puede carecer de capacidad para ser cooperativo

No todo paciente ha desarrollado aptitudes para emprender con eficacia ciertas conductas. En muchos casos, la dificultad para someterse al régimen terapéutico corre paralela a sus problemas en la realización de ciertas acciones en la vida. Ambas lonas de dificultad provienen del desarrollo pobre de algunas capacidades, tal vez adecuadas para «salir del paso» en ciertos ámbitos, pero no en tareas más complejas. A menudo los maestros califican a ciertos niños de «callejeros astutos» en ciertos campos, refiriéndose a una astucia y habilidad innatas; sin embargo, esos mismos niños pueden ser severamente deficientes en cuanto a su capacidad para el estudio. Con muchos de nuestros pacientes del Eje II es cierto lo contrario: quizá tengan capacidad intelectual o para el estudio, pero carecen de aptitudes prácticas o vitales. Cuando un paciente no ha desarrollado sus capacidades, o bien no las ha desarrollado hasta el nivel necesario para el funcionamiento adecuado, el terapeuta tiene que enseñarle, para ayudarle a andar en la terapia y, por extensión, en la vida.

Ejemplo clínico: Alan era un abogado de 39 años, con diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación. Entró en terapia al divorciarse porque pensaba que nunca iba a encontrar a otra mujer, que había quedado herido para siempre, y que la vida que le restaba no merecía vivirse. Las metas de superar su herida y llevar una nueva vida social le parecían carentes de realismo. «No es para mí», repetía una y otra vez. Durante varias sesiones no realizó una tarea que consistía en llamar por teléfono a una mujer cuyo número le había dado un colega. En la octava sesión, el

terapeuta le preguntó a Alan por qué le resultaba tan difícil llamar. Alan respondió que prácticamente no tenía experiencia en citarse con mujeres por teléfono. El terapeuta le pidió que ensayara la llamada, y descubrió que el hombre no tenía la menor idea de lo que podía decir. Después de practicar varios enfoques diferentes, Alan intentó la llamada desde el consultorio y logró una cita para tomar una copa a la salida del trabajo.

Su experiencia limitada, junto con su carácter evitativo, hacía difícil que Alan realizara la tarea encomendada. Si el terapeuta no lo hubiera descubierto, este paciente nunca habría cumplido dicha tarea, utilizando probablemente ese fracaso como demostración adicional de su desvalimiento para volver a conseguir una pareja.

2. El terapeuta puede carecer de capacidad para desarrollar cooperación

Así como reconocemos las diferencias individuales en nuestros pacientes, también debemos reconocer que existen diferencias en las aptitudes de los terapeutas. Como consecuencia de que tal vez su experiencia se limite a un problema determinado (por ejemplo la depresión), a una cierta población (por ejemplo los ancianos), o a un nivel de severidad del trastorno (por ejemplo los trastornos severos), es posible que el terapeuta no tenga capacidad para trabajar con un paciente dado. El terapeuta que trabaja en una institución o en un hospital puede recurrir a la consulta con colegas, o a la supervisión para un caso o problema. Pero a veces no existe esa posibilidad. Lo que entonces corresponde desde el punto de vista ético es la derivación a otro terapeuta. Ahora bien, si tampoco esto es posible, los profesionales tendrán que desarrollar, realzar y mejorar constantemente sus aptitudes por medio de formación adicional. Los cursos de posgrado, los programas de educación continuada, los seminarios, talleres o cursos en institutos son actividades indispensables para el crecimiento del terapeuta, fuera cual fuere su formación.

Ejemplo clínico: A Maureen B., doctorada en psicología y titular de una beca de investigación, se le asignó el caso de una estudiante de 18 años, identificada como obsesivo-compulsiva, que presentaba un problema de retención urinaria psicógena. La situación no sólo era insalubre y dolorosa sino que también creaba problemas de tipo social, porque la estudiante vivía en un dormitorio de la universidad y tenía que compartir el baño. En vista de la falta de experiencia de la terapeuta en este problema, lo llevó a supervisión. También el supervisor tenía una experiencia limitada con esa dificultad, y lo mismo ocurrió con otros profesionales de la zona con quienes se contactó. Por medio de llamadas telefónicas a colegas de todo el país se reunieron todo los datos posibles sobre el tratamiento del trastorno. Además, la doctora B. buscó en la biblioteca la literatura correspondiente.

Debido a la naturaleza inusual del problema, la terapeuta tuvo que desarrollar

estrategias e intervenciones para que ella y su supervisor pudieran trabajar con eficacia. Sacando partido de su investigación sobre la anatomía femenina, el ejercicio y el control muscular, encontró la solución en un libro de ejercicios físicos para mujeres: los ejercicios de Kegel, que le fueron enseñados a la paciente en la sesión. La joven logró un mayor control de la vejiga. La terapia conductual se realizó juntamente con el trabajo cognitivo de identificar y responder a los pensamientos disfuncionales sobre la micción en baños públicos. A su turno, esto condujo al trabajo de modificar el esquema relacionado con la limpieza y el perfeccionismo.

3. Los estresantes ambientales pueden impedir el cambio o reforzar la conducta disfuncional

En el ambiente del paciente puede haber individuos o circunstancias que mantienen el esquema disfuncional y las conductas disfuncionales resultantes. Los esquemas de estas personas significativas pueden obrar activamente contra la realización de los cambios que el paciente o el terapeuta han identificado como importantes. Con malicia o intención o sin ellas, los otros significativos pueden favorecer la subsistencia de la conducta disfuncional y autodestructiva del paciente. Es posible que éste, de modo abierto o encubierto, reciba el mensaje de «No cambiar». En el nivel manifiesto, quizá se le acose porque va a la terapia, porque «habla con un extraño de asuntos privados de la familia», o tal vez sea objeto de burlas o se le estigmatice por ser un «chiflado» y necesitar de un «loquero». Encubiertamente, el mensaje puede tomar la forma de una retracción de estos otros significativos mientras el paciente está en terapia.

Ejemplo clínico: Al era un soltero de 30 años que vivía con sus padres. Había egresado del *college* y estaba empleado como representante de un servicio de indumentaria de una gran corporación. Aunque ganaba dinero suficiente para vivir solo, sus padres insistían en que se quedara en casa. Lo que a ellos les preocupaba era que si vivía solo no se cuidara con la comida y volviera a aumentar de peso, hasta sus anteriores 130 kilos. Aunque entonces pesaba 100 kilos, en su terapia se había comprometido a seguir bajando, y la preocupación de los padres era obvia, tanto abierta como encubiertamente. Esa preocupación de ellos le aterrorizaba. Pensaba que él no les agradaba, que era malo, que los estaba defraudando, a ellos y a los otros miembros de la familia. Esos pensamientos le impedían irse a vivir solo. Seguía en casa de los padres para tranquilizarlos, prolongar su dependencia y poder enfrentarse a su propio miedo a perder el control.

4. Las ideas y creencias del paciente acerca de su fracaso potencial en la terapia pueden contribuir a la no cooperación

La terapia cognitiva «clásica» se centra en ayudar al paciente a examinar sus cogniciones respecto del fracaso en la terapia, y a realizar cambios en el pensamiento o la conducta. Examinar las cogniciones y los esquemas, y aprender a responder de un modo adaptativo a esos pensamientos negativos y de autodesaprobación son, después de todo, las metas principales del trabajo terapéutico. Los cambios deben verse en términos graduales, y no en términos de «todo o nada». Por medio de la asignación de tareas graduadas, de pequeños pasos secuenciales, de la evaluación de las respuestas y reacciones a los cambios intentados, del estrés y la ansiedad, y del apoyo terapéutico, es más probable que se induzca al paciente a intentar cambiar.

Ejemplo clínico: Mith, un alumno de *college* de 20 años, tenía un diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación. Su experiencia social y de salidas con chicas era muy limitada. Después de dos años de ver salir juntos a los muchachos y las chicas de su residencia, se mudó a un departamento fuera del *campus*, para no ser testigo de la activa vida social de sus compañeros. Cuando inició la terapia ya había aceptado intelectualmente que debería estar aprovechando sus años de *college* para establecer contactos sociales, pero reconocía su falta de habilidad, su ansiedad y su renuencia. Sobre la terapia pensaba lo mismo que acerca de las citas: en ambas situaciones se veía abriéndose a nuevas experiencias, pero rechazado a causa de su falta de aptitud y competencia, y sufriendo aún más en razón del fracaso. Sus pensamientos automáticos sobre la terapia (y las citas) eran los siguientes: «Estoy mucho mejor sin exponerme al fracaso y al ridículo. De hecho, estaría mejor muerto. Nadie me echaría de menos. Todo lo que hago está condenado al fracaso, incluso esta terapia».

5. Las ideas y creencias del paciente acerca de los efectos sobre los demás de su propio cambio pueden impedir su conformidad

Otro conjunto de cogniciones obstructivas supone que el paciente tiene ideas catastróficas acerca de los efectos sobre los allegados de su propio intento de cambiar. «Si cambio sucederá algo terrible». El terapeuta trabaja para quitarle carácter catastrófico a las consecuencias potenciales, o examina si también hay ventajas en cambiar, a pesar de las consecuencias que podrían ser negativas.

Ejemplo clínico: Marta, una mujer de 42 años con diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia, estaba empleada como secretaria y vivía con su madre. Era la menor de tres hermanos. Los dos hermanos estaban casados; Marta seguía soltera. Según su descripción, la madre era tiránica. Constantemente reclamaba la atención y los servicios de Marta. Aunque disfrutaba de perfecta salud, visitaba a médicos sin cesar, y Marta tenía que pagarlos. Los gastos médicos representaban una importante sangría en los ingresos de la paciente. Cuando ésta se negó a seguir pagando las consultas, la madre se lanzó a una diatriba sobre la maldad de la hija, que

sería la responsable de que ella perdiera la salud y finalmente muriera. Entonces Marta se quedaría sola.

Si bien en la terapia Marta decía que su meta era llegar algún día a mudarse de casa y vivir su propia vida, se resistía a hacerlo, en parte a causa de sus pensamientos sobre la salud de la madre, la incapacidad de ésta para salir adelante y su muerte inminente. Si se quedaba en casa, Marta pensaba que prolongaba la vida de su madre. En efecto, creía que si ella cambiaba, se volvía menos dependiente y tal vez se mudaba, de ese modo mataría a su madre —una idea que la propia madre reforzaba.

6. Los miedos del paciente acerca del cambio y de su «nueva» personalidad pueden contribuir a su disconformidad

Por definición, cambiar significa modificar las ideas, las creencias o las conductas. Los pacientes del Eje II pueden percibir tales modificaciones como amenazas a su sobrevivencia. Esto puede parecer paradójico, pues sus pensamientos habituales los hacen ansiosos, deprimidos, suicidas, o en general son disfuncionales. Pero estos pacientes temen al cambio como a lo desconocido. A menudo optan por la familiaridad de su malestar, y no por la incertidumbre de un nuevo modo de pensar o comportarse.

Ejemplo clínico: Durante tres años Mary había padecido una depresión con ideas de suicidio. Se le había diagnosticado un trastorno histriónico de la personalidad. Había sido hospitalizada cuatro veces por sus ideas suicidas, aunque nunca intentó llevarlas a la práctica. Esas ideas eran muy dramáticas. Confrontada por el terapeuta, dijo, en su estilo habitual de pensamiento: «Yo soy así. Siempre he sido así». Comprendió que sus ideas suicidas no sólo eran penosas para ella sino también para sus allegados, pero le costaba mucho cambiar de perspectiva debido a que mantenía su posición de «Yo soy así».

7. Las creencias disfuncionales del paciente y el terapeuta pueden ser complementarias y potenciarse recíprocamente.

Un punto ciego del terapeuta puede ser fatal, pues terapeuta y paciente quizá comportan una determinada idea disfuncional (por ejemplo, «No hay esperanza»). El hecho de que se comparta esa creencia, basada en esquemas congruentes con ella, puede llevar a que el terapeuta «se asocie» a las ideas y creencias desesperanzadas del paciente.

Ejemplo clínico: El trabajo terapéutico de la doctora M. era muy cuidadoso y preciso. Cuando sufría estrés y ansiedad tendía a ponerse obsesiva, y su creencia general era que, cuando estaba estresada, el esfuerzo y una dedicación extremos la

ayudaban a relajarse. Su trabajo y su dedicación habían sido factores clave para la obtención de un título en una importante universidad con un alto promedio general. Al referirse por primera vez a un paciente para cuya terapia seguía una supervisión, lo describió como «perfeccionista, obsesivo e internamente exigente». En la supervisión, la doctora M. informó que sus metas con ese paciente eran «ayudarle a liberarse de todo el perfeccionismo que le hace sentir desesperanzado». En lugar de modificar ese perfeccionismo, consideraba que la meta terapéutica era su eliminación total. Como respuesta al comentario del supervisor de que eso podría en realidad reforzar los problemas del paciente, la doctora M. adujo la necesidad que tiene el perfeccionista de luchar siempre por lo mejor.

8. La socialización pobre del modelo puede ser un factor de la no conformidad

Los pacientes que no entienden lo que se espera de ellos en la terapia necesariamente encontrarán difícil cumplir con el régimen terapéutico. Es esencial que el terapeuta, al comienzo de la terapia, dedique todo el tiempo necesario a educar al paciente en las bases del modelo de la terapia cognitiva, incluso en la terminología, los constructos terapéuticos y las habilidades específicas. Además debe solicitar una retroalimentación para evaluar el nivel de comprensión del modelo durante todo el trabajo terapéutico. La capacidad del paciente de escuchar y comprender puede verse deteriorada por la desesperanza, la impulsividad, la abstracción selectiva o la personalización. El terapeuta no puede dar por sentado que haber leído algún libro o toda la literatura sobre terapia cognitiva garantice una socialización adecuada de la terapia en general o de la terapia cognitiva en particular. Además podría haber una interferencia debida a una terapia previa del paciente, es decir que quizá subsista en la nueva terapia el uso de las antiguas estrategias y los antiguos enfoques.

Ejemplo clínico: Ed era un médico de 42 años derivado a terapia cognitiva después de la muerte de su analista. Se había estado analizando durante quince años, para tratar su depresión crónica y sus periódicas ideas suicidas. En la mayor parte de ese lapso veía a su analista tres veces por semana. Después intentó continuar su psicoanálisis con otro profesional. Al cabo de unos meses interrumpieron el análisis de mutuo acuerdo; Ed inició una terapia cognitiva para tratar específicamente su depresión. En cada sesión, el paciente entraba y se ponía a hablar de inmediato. Aunque el terapeuta trataba de mantener el centro de interés, utilizando como encuadre la agenda, Ed hacía asociación libre, discutía sueños, fantasías y todo lo que le pasaba por la cabeza. La reorientación constante y la programación de 10 a 15 minutos iniciales de asociación libre ayudaron a mantener el resto de cada sesión bien dirigido y focalizado.

9. El paciente puede experimentar beneficios secundarios del mantenimiento de la pauta disfuncional

Hay situaciones en las que el paciente tiene grandes dificultades para iniciar o llevar a cabo el cambio debido al beneficio que obtiene de la subsistencia del pensamiento y/o la conducta disfuncionales. Es posible que la familia trate al paciente con «guantes de seda», que no lo presione, que evite la confrontación y que en general le permita hacer lo que quiera para reducir el potencial de *acting-out*. Quienes proveen los beneficios secundarios son los miembros de la familia, los amigos, los empleadores u otras personas con quienes el paciente interactúa. El paciente también interactúa con el terapeuta. Estos pacientes necesitan considerar la «pérdida primaria», es decir, el precio que pagan para obtener el beneficio secundario.

Ejemplo clínico: Sid era un carpintero desocupado de 38 años, con un trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y un trastorno de la personalidad por dependencia. En los últimos cinco años no había tenido un trabajo regular. Pasaba el tiempo en la casa, mirando televisión. La esposa trabajaba todo el día y él «acumulaba su incapacidad». Dijo que cuando se esforzaba de algún modo, temía sufrir un infarto o un accidente vascular. Aunque no había tenido ninguno de los dos problemas, ni tampoco alguna enfermedad importante, la mujer y los dos hijos estaban tan preocupados por su salud que nunca le pedían que hiciera algo. Si se le presionaba para que buscara trabajo, Sid pensaba en matarse antes que exponerse al tormento de la ansiedad. Un centro de salud mental comunitario le había entregado un certificado que indicaba que no se le obligara a trabajar. Sid se levantaba a las 11 de la mañana, leía los diarios hasta el mediodía y después miraba televisión. Cuando los chicos volvían de la escuela, él hacía una siesta y se levantaba a tiempo para cenar. Después volvía al televisor, o escuchaba discos o casetes hasta el momento de acostarse. Era muy difícil lograr que renunciara a esa temprana «jubilación».

10. La inoportunidad de las intervenciones puede ser un factor de la no conformidad.

Las intervenciones inoportunas o precipitadas pueden determinar que el paciente no advierta la importancia o pertinencia del trabajo terapéutico, y por ello parezca no colaborar. Si el terapeuta, a causa de su propia ansiedad, trata de empujar o hacer ir más deprisa al paciente del Eje II, el resultado puede ser la pérdida de cooperación, la ausencia a sesiones, una mala comprensión de los problemas de la terapia o su interrupción prematura.

Ejemplo clínico: Marie, una interna que aún no había obtenido su doctorado, estaba aprendiendo a dirigir sesiones de terapia cognitiva. Como resultado de su ansiedad y de la presión interna que la impulsaba a perseguir el éxito, tendía a inferir

los esquemas sin reunir datos suficientes en apoyo de sus interpretaciones o intervenciones. Los pacientes solían responderle que ella no los comprendía, lo que acentuaba la ansiedad de Marie y a menudo la llevaba a dar interpretaciones tan aventuradas como inoportunas.

11. Los pacientes pueden carecer de motivación.

Muchos pacientes son enviados a terapia contra su voluntad. Tal vez sus allegados los hayan amenazado con graves consecuencias si se resistían. Otros pacientes, también contra su voluntad, son derivados por la justicia. En otros casos es posible que pacientes del Eje II, como parte de su cuadro clínico, carezcan de motivación para casi todo, o que vean sus problemas como externos a ellos mismos. En tales casos el trabajo terapéutico debe centrarse inicialmente en construir una relación y motivar para la terapia.

Ejemplo clínico: Sam era un joyero de 59 años que había estado severamente deprimido y había tenido ideas suicidas durante varios años a causa del fracaso de sus negocios. Su percepción era que él no tenía la culpa de ese fracaso; lo atribuía a que los grandes joyeros estaban bajando los precios más de lo justificado. No veía ningún modo de recobrar los ingresos, los clientes y el *status* del que alguna vez había disfrutado, y se negaba a «tirar» dinero en publicidad en los periódicos. Aunque iba a trabajar día tras día, permitía que en su negocio se amontonaran cajas de lo que él describía como «basura», y no buscaba negocios nuevos. Su modo de ver la terapia era análogo. No la quería, no le encontraba ninguna ventaja, y sólo iba al consultorio para tranquilizar a su esposa y a su hija.

12. La rigidez del paciente puede frustrar la conformidad

El mismo problema que lleva al paciente a la terapia puede ser la causa principal de la falta de conformidad. Con pacientes obsesivo-compulsivos o paranoides (entre otros), la rigidez puede impedir la conformidad. De hecho, estos pacientes cuestionan los móviles o metas del terapeuta. Con más frecuencia, no pueden quebrar y emerger de la posición rígida que creen necesaria para mantener una relativa seguridad.

Ejemplo clínico: Elena, una enfermera de 28 años con diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad, veía a la terapia y el terapeuta como una prolongación de la necesidad que la madre tenía de controlarla. Defendiendo su derecho a hacer lo que quisiera, incluso matarse, consideraba que podía superar el poder de la madre. El terapeuta debió tener mucho cuidado para no alimentar la distorsión, pues ello podía llevar a que Elena tratara de matarse.

13. El paciente puede tener un control pobre de sus impulsos

En los pacientes con control pobre de los impulsos, las imposiciones de la sesión semanal, el enfoque terapéutico estructurado, una hora establecida y un tiempo límite para la sesión pueden ser fuentes de ansiedad. Los esquemas de «hacer lo que uno quiere, cuando quiere» a veces cuestionan la terapia. Esos pacientes suelen requerir que el terapeuta haga lo que nosotros llamamos «terapia de escaramuzas» —es decir, trabajar constantemente en la extinción de las pequeñas dificultades y abordando las crisis del momento, y no en la solución del problema más general.

Ejemplo clínico: La terapia con Alice fue siempre interesante. Tenía 23 años y era sumamente inquieta. Se le aplicaban los criterios del trastorno límite de la personalidad. Sus crisis se relacionaban con los frecuentes cambios de trabajo, de amigos, de relaciones amorosas y de terapeuta. En terapia era totalmente inestable, y todos los intentos de centrarla en las sesiones o en su vida recibían como respuesta el familiar estribillo «No es para mí». Faltaba o llegaba tarde a las sesiones; no podía pagar los honorarios debido a sus compras compulsivas y a los gastos asociados con la pérdida del trabajo: todo esto le servía para sabotear la terapia y la meta terapéutica de reducir su impulsividad.

14. Las metas de la terapia pueden carecer de realismo

Este problema puede deberse al paciente o al terapeuta. Las metas excesivamente ambiciosas o modestas crean en la terapia una tendencia negativa. Si el paciente quiere llegar a ser una persona totalmente nueva —es decir, lo opuesto a lo que ha sido en los últimos cuarenta años—, quizás el terapeuta tendrá que ayudarle a establecer metas más realistas y graduadas. El cambio es posible, pero plantear como objetivo un cambio total puede llevar al fracaso. También puede haber fracaso cuando es el terapeuta quien tiene metas elevadas y carentes de realismo.

Ejemplo clínico: Nick, de 52 años, recurrió a la terapia a causa de su depresión y aislamiento. En la primera sesión dijo que quería cambiar toda su vida. No se había casado, no había salido con mujeres hasta los 31 años, y sólo lo había hecho unas pocas veces en toda su vida. El mundo pasaba junto a él. Envejecía y estaba solo en la edad madura. Dijo que en la televisión miraba programas sobre familias y lloraba. Se planteaba como objetivo relacionarse en seguida con mujeres y casarse antes de un año, pues ya no era un jovencito. Esta meta carente de realismo probablemente habría conducido a una situación de fracaso y saboteado la terapia.

15. Las metas de la terapia pueden ser tácitas

A veces las metas de la terapia aparecen implícitas en la presentación inicial de la lista de problemas. Por ejemplo, en la «discordia marital» puede haber implícitos déficit de habilidad para relacionarse, para la comunicación, para la vida sexual, o bien depresión o muchos otros problemas. Al confeccionar la lista de problemas es necesario explicitar las metas de la terapia. Desde luego, esa lista puede modificarse a medida que progresa el tratamiento. Sin la información de origen sobre cuáles son las metas, resulta difícil evaluar el progreso.

Ejemplo clínico: Maryann, de 51 años, entró en terapia por su ansiedad. Al cabo de varias sesiones resultó claro que la ansiedad formaba parte de un cuadro clínico que incluía un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. El terapeuta, al ayudar a Maryann a flexibilizarse, encontró que estaba más agitada a medida que progresaban las sesiones. En la sexta sesión anunció que iba a dejar el tratamiento porque su ansiedad crecía: «Yo pensaba que la terapia tenía que ayudar, no empeorarme». El terapeuta había dado por supuesto que Maryann estaba dispuesta a cambiar su pauta rígida de personalidad, sin siquiera discutir esa pauta como objetivo de la terapia.

16. Las metas de la terapia pueden ser vagas y amorfas

Es típico que los pacientes presenten metas vagas como, por ejemplo, «no dispersarme», «levantar la cabeza», «arreglármelas con mi depresión o mi ansiedad» o «mejorar la comunicación en nuestra relación». El terapeuta tiene que tratar de reformular esas metas como definiciones operacionales con las que se pueda trabajar.

Ejemplo clínico: Seth, de 19 años, había sido derivado por el responsable de su albergue porque se peleaba constantemente.

Seth había acudido a un consejero en el centro de asesoramiento psicológico del *college, y* había trabajado en relación con su «cólera» y problemas de «marco familiar». Después de ocho sesiones, el consejero dio por terminado el asesoramiento, con la observación de que Seth no tenía un *insight* suficiente para permitir el cambio. La nueva derivación se basaba en que el *insight* no se había concretado en cambio conductual. Esta vez las metas de la terapia se establecieron con claridad y en términos específicos, con criterios específicos para el cambio, un planteamiento gradual de la tarea de relacionarse con sus compañeros de dormitorio y una atención discretamente centrada en el control de sus impulsos.

17. Entre el terapeuta y el paciente quizá no haya habido acuerdo con respecto a las metas del tratamiento

Como las metas de la terapia deben ser explícitas y estar definidas en términos operacionales, es necesario que paciente y terapeuta trabajen para establecerlas. Establecer un plan de tratamiento y hacer que el paciente lo lea y firme es parte del consentimiento explícito que hoy en día se exige en muchos ámbitos de la salud mental. Enunciar las metas para un período determinado (por ejemplo, tres meses), examinar la justificación racional de esas metas, aceptar las aportaciones del paciente, negociar los cambios y obtener y proporcionar retroalimentación son características intrínsecas del modelo de la terapia cognitiva.

18. El paciente o el terapeuta pueden sentirse frustrados por la falta de progreso

En vista de la naturaleza prolongada de los problemas del Eje II, de su incidencia generalizada en el conjunto de la vida del paciente y del carácter prolongado de la terapia, ocurre que el paciente, el terapeuta o los dos, a veces se sienten frustrados. El resultado puede ser una reacción negativa a la terapia ulterior, pensamientos de fracaso (del terapeuta o del paciente), y cólera respecto de la fuente del fracaso (el terapeuta o el paciente).

Ejemplo clínico 1: Alicia, psicóloga bajo supervisión, había sido «completamente frustrada» por Lara, una paciente con trastorno límite de la personalidad: «No cambia; sigue colérica, por lo general conmigo. El día que tiene que venir siento pánico, y me pongo contenta cuando cancela la cita». Alicia había tenido antes mucho éxito en su trabajo de terapeuta cognitiva con depresiones más típicas, sin complicaciones; no estaba acostumbrada a tratamientos tan largos ni a que el paciente se resistiera: «Yo había leído sobre los casos límite, me habían contado cosas sobre ellos, pero nunca creí que tendría este tipo de problemas». La supervisión se centró en ayudar a Alicia a abordar sus pensamientos y expectativas disfuncionales acerca de la terapia, del tratamiento de los casos complejos y difíciles, y de la contratransferencia.

Ejemplo clínico 2: María recurrió a la terapia para aliviar su depresión. Esa depresión se superponía con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Optó por la terapia cognitiva por haber leído que los tratamientos eran breves y demostraban eficacia, según varias publicaciones de difusión masiva. Al cabo de veinticinco sesiones quiso saber por qué todavía no estaba «curada». El terapeuta había omitido diferenciar previamente la terapia centrada en el síntoma de la terapia

centrada en el esquema.

19. Las cuestiones relacionadas con la percepción que tiene el paciente de un **status** *y una autoestima menguados pueden ser causas de la disconformidad.*

Para muchas personas, convertirse en «paciente» significa que hay algo malo en ellas. Son incapaces de manejar su vida o los factores estresantes que alguna vez supieron asimilar. Además, quizá los otros los estigmaticen, rotulándolos como «chiflados», «enfermos» o «locos».

Ejemplo clínico: Roy, de 60 años, hombre de negocios triunfador, fue derivado por el médico de la familia debido a su depresión. Lo primero que dijo en la terapia fue: «No quiero estar aquí. En realidad, venir me ha deprimido aún más. Nunca antes he tenido que pedir ayuda, y ahora no sé hacerlo. Para venir salí de mi casa a escondidas. No quiero que nunca me llame por teléfono, ni a la oficina ni a mi casa. Nadie tiene que saber que vengo».

El terapeuta debe conocer la multitud de razones que existen para la falta de cooperación o la disconformidad del paciente con el régimen terapéutico. Entre esas razones se cuentan la falta de aptitud del paciente; la falta de aptitud del terapeuta; los estresantes ambientales que impiden la aceptación; las cogniciones del paciente acerca del fracaso en la terapia; las cogniciones del paciente acerca de los efectos de su cambio sobre él mismo y los otros; la congruencia distorsionada de paciente y terapeuta; una pobre socialización del modelo; los beneficios secundarios; la inoportunidad de las intervenciones; la falta de motivación del paciente; la rigidez o el control pobre de los impulsos; las metas terapéuticas no explicitadas, vagas o carentes de realismo; la frustración del paciente o del terapeuta, y la autoestima menguada del paciente.

Es esencial planear estrategias y técnicas que aborden con eficacia las cuestiones pertinentes y que conduzcan a la terapia dentro de un marco cooperativo. Dada la complejidad del trastorno de la personalidad en sí mismo, que se combina con los problemas agudos del Eje I que determinan la derivación a terapia, son muchas las dificultades que pueden obstaculizar la cooperación terapéutica. En este capítulo nos ha interesado esencialmente ayudar al terapeuta a desarrollar un marco conceptual para la aplicación de los principios generales de la terapia cognitiva al tratamiento del paciente con trastornos de la personalidad. Armado con conocimientos teóricos y habilidades prácticas para el planteamiento conceptual de los casos, el terapeuta puede desarrollar estrategias de tratamiento e intervenciones específicas.

A los terapeutas cognitivos con experiencia, los capítulos de la Primera Parte les servirán como reseña del modelo cognitivo básico, y les permitirán pasar al trabajo

más difícil con los pacientes del Eje II. Para los terapeutas que tienen su primer contacto con este modelo terapéutico, estos capítulos iniciales tendrán el carácter de una introducción. Consideramos esencial que el terapeuta domine el modelo conceptual de la terapia cognitiva y siga las orientaciones generales y específicas para el tratamiento. El trabajo que aliente la cooperación limitará la disconformidad con el tratamiento, lo que resultará en una alianza de trabajo más sólida.

CAPÍTULO 5

TÉCNICAS ESPECIALIZADAS

La planificación y la aplicación de las técnicas y estrategias específicas tienen que tener en cuenta no sólo la patología del paciente sino también sus métodos singulares para integrar y utilizar la información sobre sí mismo. Los distintos pacientes aprenden de diferentes modos. Además, los métodos eficaces en un momento y con un paciente determinado pueden ser ineficaces en otro momento. Los terapeutas deben emplear su mejor criterio para diseñar planes de tratamiento y seleccionar las técnicas más útiles entre la amplia variedad de las existentes, o bien idear otras nuevas. Puede ser necesario algún grado de ensayo y error. A veces la introspección es lo más útil; otras, se requiere la exteriorización y el entrenamiento de habilidades.

La aplicación más eficaz de las técnicas depende no sólo de un planteamiento conceptual claro del caso (véase el capítulo 4) y del establecimiento de una relación de trabajo amistosa, sino también del arte del terapeuta. El *arte de la terapia* supone el uso juicioso del humor, de anécdotas, de metáforas y de la automostración de sus experiencias por parte del terapeuta, así como de las técnicas estándar cognitivas y conductuales. Los terapeutas hábiles saben cuándo extraer material sensible, retroceden cuando es necesario y salen al cruce de las evitaciones. Pueden caldear un relato monótono o enfriar otro demasiado caldeado. Cambian de palabras, estilo y modo de expresión.

Dentro de la sesión, la *flexibilidad* es importante: el terapeuta puede cambiar de enfoque, pasando de una escucha activa a un recentramiento, un sondeo o un moldeado de nuevos estilos conductuales. Se supone que los terapeutas que leen este libro ya dominan los principios básicos de la psicoterapia cognitivo-conductual. Muchos de esos principios han sido expuestos en obras como la de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Hemos dividido arbitrariamente las técnicas en las primordialmente «cognitivas» y las «conductuales». Debemos tener presente que ninguna técnica es puramente cognitiva o conductual. Además las estrategias cognitivas pueden producir cambios conductuales, y los métodos conductuales por lo general inducen alguna reestructuración cognitiva.

Entre las herramientas más eficaces para tratar los trastornos de la personalidad se cuentan las denominadas *técnicas experimentales*; por ejemplo, la evocación de acontecimientos de la niñez y las imágenes. Esas técnicas dramáticas parecen abrir las compuertas a un nuevo aprendizaje —o desaprendizaje—. Una regla práctica es que el cambio cognitivo depende de un cierto grado de experiencia afectiva (Beck, 1987).

Las técnicas cognitivas y conductuales desempeñan papeles complementarios en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. El impulso principal tiende a

desarrollar nuevos esquemas y a modificar los antiguos. Desde luego, en última instancia es probable que las técnicas cognitivas sean las que provocan la mayor parte de los cambios (Deffenbacher, Storey, Stark, Hogg y Brandon, 1987). El trabajo cognitivo, lo mismo que el conductual, requiere una precisión y persistencia mayores de lo común cuando los pacientes tienen trastornos de la personalidad. Puesto que los esquemas cognitivos específicos de esos pacientes siguen siendo disfuncionales aun después de que desarrollen conductas más adaptativas, lo típico es que se necesite una mayor variedad de reelaboración y durante más tiempo.

Estrategias y técnicas cognitivas

Más adelante presentamos una lista de técnicas cognitivas a la que los terapeutas pueden recurrir cuando tratan trastornos del Eje II. Como en otro lugar hemos descrito varios métodos para el tratamiento de la depresión (Beck y otros, 1979), aquí no los examinaremos en detalle. Pero nos extenderemos acerca de técnicas específicas para tratar problemas del Eje II. La lista que presentamos es representativa, de ningún modo exhaustiva.

Algunas de las técnicas cognitivas útiles para tratar los trastornos de la personalidad son:

1. el *descubrimiento guiado*, que le permite al paciente reconocer las pautas de interpretación disfuncionales estereotipadas;
2. la *búsqueda del significado idiosincrásico*, puesto que estos pacientes suelen interpretar sus experiencias de un modo inusual o extremo;
3. la *rotulación de las inferencias o distorsiones inadecuadas*, para que el paciente tome conciencia del carácter no razonable o distorsionado de ciertas pautas automáticas de pensamiento;
4. el *empirismo cooperativo*, o sea el trabajo con el paciente para poner a prueba la validez de sus creencias, interpretaciones y expectativas;
5. el *examen de las explicaciones* de la conducta de otras personas;
6. el *ordenamiento en escalas*, es decir la traducción de las interpretaciones a expresiones graduales para contrarrestar el típico pensamiento dicotómico;
7. la *reatribución, o reasignación de la responsabilidad* por acciones y resultados;

8. la *exageración deliberada,* que lleva una idea a su extremo, lo que realza las Situaciones y facilita la reevaluación de una conclusión disfuncional;
9. el *examen de las ventajas y desventajas* de conservar o cambiar creencias o conductas, y la clarificación de los beneficios secundarios;
10. la *descatastrofización,* o sea permitirle al paciente reconocer y contrarrestar la tendencia a pensar exclusivamente en términos del peor desenlace posible de una situación.

Los «sondeos cognitivos»

Las mismas técnicas utilizadas para suscitar y evaluar los pensamientos automáticos durante la depresión o en el trastorno por ansiedad generalizada (Beck y otros, 1979; Beck y Emery con Greenberg, 1985) sirven con los problemas de la personalidad. En concreto, el terapeuta y el paciente identifican incidentes que esclarecen los problemas de la personalidad, y centran la atención en las bases cognitivas de esos incidentes. Digamos que una paciente evitativa, Lois, se siente perturbada cuando sus compañeros de trabajo parecen ignorarla. El primer sondeo cognitivo intentaría recuperar sus pensamientos automáticos (Beck, 1967). Si la paciente está bien entrenada en la identificación de pensamientos automáticos, tal vez diga, por ejemplo, «Pensé que no les gusto».

Si Lois no lograra captar sus pensamientos automáticos, podría ser alentada a *imaginar* los hechos «como si estuvieran sucediendo ahora». A medida que la experiencia surge a la luz —por así decirlo— es probable que la paciente perciba los pensamientos automáticos como si pasara por la situación real. Desde luego, en los futuros encuentros tendría muchas oportunidades para descubrir los pensamientos automáticos tal como se producen sin preparación. Si un paciente puede anticipar una experiencia «traumática» particular, es útil para él prepararse de antemano, sintonizando sus pensamientos en cadena antes de entrar en la situación aversiva («Me pregunto si Linda va a desairarme hoy en el almuerzo»). Nuestra paciente, Lois, estaría preparada para captar el pertinente pensamiento de rechazo. Al advertir la aparente actitud distante de Linda, detectaría los pensamientos negativos: «No le gusto», «Hay algo malo en mí». Desde luego, los pensamientos automáticos no son necesariamente disfuncionales o erróneos; como veremos, hay que ponerlos a prueba.

De suma importancia es el significado final del acontecimiento. Por ejemplo, Lois podría encogerse de hombros ante el aparente rechazo de Linda con el pensamiento de «¿Y qué? Tampoco a mí me gusta ella», o «Ella no es amiga mía». Pero cuando el paciente tiene una vulnerabilidad específica al rechazo, se inicia una reacción en cadena, que puede culminar en un prolongado sentimiento de tristeza.

A veces el paciente, mediante la introspección, puede discernir la reacción en

cadena. A menudo, interrogando con habilidad, el terapeuta llega al punto de partida (esquema nuclear), y también utiliza este ejercicio para demostrar la particular falacia o falla en el proceso de extraer inferencias y conclusiones por parte del paciente. Consideremos el siguiente diálogo entre el terapeuta y Lois, muy turbada porque durante el almuerzo su amiga Linda se había puesto a conversar con un compañero de trabajo, sin prestar atención a nada ni a nadie más.

Terapeuta: ¿Qué pensó usted durante el almuerzo?

Lois: Que Linda me ignoraba. (*Centro de atención selectivo* [focus], *personalización*).

Terapeuta: ¿Qué significaba eso?

Lois: Que no sé llevarme bien con la gente. (*Autoatribución, generalización excesiva*).

Terapeuta: ¿Qué significa eso?

Lois: Que nunca tendré amigos. (*Predicción absoluta*).

Terapeuta: ¿Qué significa «no tener amigos»?

Lois: Que estoy totalmente sola. (*Esquema nuclear*).

Terapeuta: ¿Qué significa estar «totalmente sola»?

Lois: Que siempre seré desdichada. (*Empieza a llorar*).

Cuando la paciente empieza a llorar, el terapeuta interrumpe el interrogatorio porque entiende que ha llegado al núcleo, al esquema nuclear («Siempre seré desdichada»). La aparición de un sentimiento fuerte sugiere no sólo que ha revelado un esquema nuclear, sino también que el pensamiento disfuncional es más accesible a la modificación. Este tipo de interrogatorio, que intenta sondear significados más profundos y llegar al esquema nuclear, ha sido denominado técnica de la «flecha hacia abajo» (Burns, 1980; Beck y otros, 1985). Más adelante, terapeuta y paciente querrán explorar más para ver si hay otros esquemas nucleares.

En este caso particular, el problema de Lois se centra en las creencias: «Si la gente no me responde, significa que yo no les gusto», y «Si a una persona no le gusto, significa que no puedo gustarle a nadie». Cuando Lois entra en la cafetería de la oficina donde trabaja es muy sensible a lo receptivos que puedan ser los compañeros —a que parezcan ansiosos porque ella se siente cerca, que le hagan participar en la charla, que respondan a sus observaciones—. Como Lois padecía un trastorno de la personalidad de rechazo, se inclinaba a no sentarse a la mesa de las personas que conocía, en particular de Linda. Este problema se puede abordar frontalmente, como se ilustra en el diálogo que sigue.

Lois se había sentido perturbada después de sentarse en una mesa donde un grupo de mujeres mantenía una conversación animada. El terapeuta sondea el significado de ese hecho.

Terapeuta: Supongamos que la gente no la recibe con los brazos abiertos. Entonces, ¿qué?

Lois: No sé. Supongo que sentiré que no les gusto.

Terapeuta: Si dan muestras de que gustan de usted, entonces, ¿qué?

Lois: No estoy segura. En realidad no tengo mucho en común con ellas. No me interesan las mismas cosas.

Terapeuta: ¿Alguna de ellas podría ser su amiga íntima?

Lois: Creo que no.

Terapeuta: En realidad a usted no le interesa ser amiga de ninguna de ellas. De modo que lo que a usted le hace derrumbarse es el significado, la importancia que asigna a «gustar» o «no gustar», más que las consecuencias prácticas. ¿No es así?

Lois: Creo que sí.

Como sus esquemas nucleares giraban en torno de la cuestión de gustar o no gustar, casi todo encuentro de Lois con alguien suponía la puesta a prueba de su aceptabilidad, que se convertía casi en una cuestión de vida o muerte. Al sacar a luz el esquema nuclear por medio de la técnica de la flecha hacia abajo, el terapeuta encuentra el significado subyacente de «ser ignorado», y puede demostrar que la creencia en la necesidad de gustar a todos es disfuncional.

Una vez que tiene acceso a (es consciente de) las creencias subyacentes, el paciente puede tratar de modificarlas aplicando un razonamiento realista, lógico. Así, Lois puede contrarrestar el pensamiento automático «No me prestan atención» con la respuesta racional «No me importa. De todos modos, no tengo nada en común con ellas».

Los pacientes tienden a atribuir un significado absoluto a los acontecimientos, y a verlos en términos de «todo o nada». La función del terapeuta es demostrar que la importancia de los hechos o las personas puede situarse sobre una escala o continuo.

Lois verá que en una escala de «importancia», sus conocidos están mucho más abajo que sus verdaderos amigos. Una vez realizada esa evaluación objetiva, ya no se preocupará tanto por gustar a sus conocidos.

Desde luego, en la mayoría de las situaciones los conocidos casuales son neutros y no rechazantes, pero como los pacientes tienden a interpretar la neutralidad como rechazo, necesitan articular las creencias nucleares y experimentar el afecto asociado para cambiar ese modo de pensar disfuncional. En otro lugar se exponen las técnicas

para abordar los pensamientos automáticos negativos y las creencias subyacentes (Beck y otros, 1979; Freeman, Pretzer, Fleming y Simón, 1990).

Abordar los esquemas

Al examinar o dilucidar los esquemas con el paciente, los rótulos diagnósticos de «paranoide», «histriónico» o «límite» pueden inducir a una cierta distorsión en el modo de ver del terapeuta. El estilo del paciente puede traducirse a términos operacionales. Por ejemplo, el estilo esquizoide puede describirse y discutirse como «muy individualista» o «no dependiente de otras personas». El trastorno de la personalidad por dependencia puede caracterizarse por «la fuerte creencia en el valor de aferrarse a otros», o «el gran énfasis en la importancia de ser una persona más sociable». En todo caso se le puede ofrecer al paciente una descripción no crítica, adaptada a su particular sistema de creencias.

Un programa terapéutico amplio aborda todos los esquemas cognitivos, conductuales y afectivos. La densidad, amplitud, actividad y valencia de los esquemas a los que se apunta (capítulo 2) son todos factores que intervienen en la determinación de la combinación terapéutica.

Utilizando las distorsiones cognitivas del paciente como postes indicadores que señalan el camino hacia los esquemas, el terapeuta primero le ayuda a identificar las reglas disfuncionales que gobiernan su vida, y después trabaja para realizar las modificaciones o alteraciones que exige un funcionamiento adaptativo.

En el trabajo con los esquemas, el terapeuta dispone de varias opciones. La elección de una en particular se basa en las metas y en el planteamiento conceptual del caso.

A la primera opción la denominaremos «reestructuración esquemática». Se la podría comparar a la renovación urbana. Cuando se llega a la conclusión de que una cierta estructura o un complejo de estructuras son enfermizos, se toma la decisión de demolerlos de manera gradual, para erigir en su lugar otros nuevos. Durante muchos años, ésa fue la meta de muchos enfoques terapéuticos (en especial el psicoanálisis y las ramas dinámicas de las escuelas psicodinámicas). Pero no todos los esquemas disfuncionales pueden reestructurarse, ni hacerlo es siempre una meta razonable, en vista del tiempo, la energía o las aptitudes de las que dispone el paciente (o el terapeuta).

Un ejemplo de transformación esquemática total sería convertir a un individuo que padece un trastorno paranoide de la personalidad en una persona completamente confiada. Se habrían eliminado los esquemas sobre el peligro potencial e inminente que representaban los otros, y en su lugar habría creencias distintas sobre la confiabilidad general de las personas, sobre la improbabilidad de que sea atacado y dañado, y sobre el hecho de que por lo general se podrá contar con que otras personas

brindarán ayuda y socorro. Es obvio que este tratamiento es sumamente difícil y tomaría un tiempo considerable. Por lo tanto, habría que llegar a una solución de transacción entre los esquemas sobreactivados y los esquemas más beneficiosos. En otras palabras, la reestructuración consistiría en atenuar los esquemas disfuncionales y desarrollar esquemas más adaptativos.

Muchos pacientes nunca han elaborado esquemas adecuados para incorporar experiencias que contradigan sus creencias disfuncionales básicas: no pueden integrar las nuevas experiencias positivas y siguen filtrando los hechos con sus esquemas preexistentes. La consecuencia es que sus experiencias vitales reciben una forma tal que confirma las creencias disfuncionales (por lo general negativas) que el paciente tiene respecto de sí mismo y de las otras personas. Los pacientes con trastornos más graves —en especial los que padecen un trastorno límite de la personalidad— suelen tener una o más zonas sin acceso posible a esquemas adaptativos. Por lo tanto deben erigir estructuras adaptativas para almacenar las nuevas experiencias constructivas.

Para construir nuevos esquemas o apuntalar los defectuosos se pueden emplear diversas técnicas. A fin de organizar y almacenar las nuevas observaciones es posible recurrir a diarios. Por ejemplo, una persona que cree «Soy un inepto» puede llevar un cuaderno dividido en varias secciones, rotuladas «trabajo», «vida social», «paternidad», «en soledad». Día tras día registrará en cada sección pequeños ejemplos de aptitud. El terapeuta ayuda al paciente a identificar esos ejemplos y controla la regularidad del registro. El paciente repasa el cuaderno para contrarrestar su creencia absoluta en el esquema negativo en momentos de estrés o «fracaso», cuando las creencias negativas familiares se activan enérgicamente (Goldfried y Newman, 1986).

Un tipo distinto de diario sirve para debilitar los esquemas negativos y respaldar la necesidad de esquemas alternativos. En los diarios predictivos el paciente prevé lo que sucederá en ciertas situaciones si sus esquemas negativos son correctos. Después escribe lo que ocurrió realmente y lo compara con lo previsto.

Por ejemplo, una mujer con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad creía que cada día la aguardaban catástrofes terribles y que ella era totalmente inepta para enfrentarlas. Llevó un diario en el que enumeraba en la primera columna todas las catástrofes previstas. En la segunda columna anotaba si la catástrofe se había producido o no, y también cualquier catástrofe imprevista que hubiera sucedido realmente. En una tercera columna evaluaba su manejo de las «catástrofes» reales. Al cabo de un mes, esta mujer repasó su diario y descubrió que de cada cinco catástrofes previstas sólo una se producía realmente, y que ella podía manejarla con un 70 por ciento de aptitud.

Un tercer tipo de diario analiza más activamente las experiencias cotidianas en los términos de los esquemas viejos y nuevos. Los pacientes que han empezado a creer en sus esquemas nuevos, más adaptativos, evalúan los incidentes críticos durante la semana. Por ejemplo, una paciente que creía no ser agradable si no gustaba a otros,

analizó las experiencias cotidianas en las que se activaba su vieja creencia. Durante un incidente criticó a un empleado por su bajo rendimiento en el trabajo. En el diario escribió: «Pareció molesto conmigo porque critiqué su trabajo. Con mi antiguo esquema habría sentido que era terrible y demostraba ser incapaz de agradar. Ahora puedo ver que es mi responsabilidad corregir el trabajo, y si él se enojó conmigo es cosa suya. No necesito que todos estén constantemente contentos conmigo para sentir que puedo gustar».

De este modo, los «diarios de esquema» ayudan a erigir esquemas adaptativos, aseguran que las siguientes experiencias los refuercen, y contrarrestan los viejos esquemas no adaptativos en el procesamiento de los hechos nuevos y la reformulación de los antiguos. Desde luego, los tipos de «esquema funcional» que deben desarrollarse varían según la naturaleza de los problemas del paciente y la categoría diagnóstica.

Si bien lo ideal sería convertir a alguien que padece un trastorno de la personalidad en una persona completamente madura, que funcione en el clímax de sus capacidades, es infrecuente que esto se logre en la terapia. Pero la mayoría de los pacientes siguen madurando después del tratamiento, y en última instancia pueden acercarse a aquel ideal.

La segunda posibilidad en la escala del cambio es la «modificación esquemática», que supone cambios en la manera básica de responder al mundo, más pequeños que en el caso de la reconstrucción. La metáfora adecuada sería la renovación de una casa vieja. Tendríamos un ejemplo clínico en el cambio de los esquemas de una personalidad paranoide acerca de la confianza por creencias menos desconfiadas y suspicaces; también habría que experimentar induciendo al paciente a tener confianza en *algunas* personas en *algunas* situaciones, y a evaluar los resultados.

La tercera posibilidad en la escala es la «reinterpretación de los esquemas». Esta supone ayudar a los pacientes a comprender y reinterpretar sus estilos de vida y sus esquemas de modos más funcionales. Por ejemplo, una personalidad histriónica reconocería la disfuncionalidad de la creencia de que ser amado o admirado es necesario. Pero esa persona seguiría contando con el afecto como fuente de gratificación —por ejemplo al enseñar a niños en edad preescolar, que besan y abrazan al maestro—. Si una persona narcisista quiere ser buscada y respetada, por ejemplo por tener un título (profesor o doctor), debe satisfacer su deseo de *status* sin estar dominada por creencias compulsivas acerca del valor del prestigio.

Mary, una programadora de 23 años (que en el capítulo 1 mencionamos brevemente), recurrió a la terapia a causa de «la tremenda presión del trabajo, la incapacidad para disfrutar de la vida, un enfoque perfeccionista de prácticamente todas las tareas y un aislamiento general» (Freeman y Leaf, 1989, págs. 405-406), así como por su dificultad para conciliar el sueño y sus ideas suicidas. No sólo obtenía muy pocas satisfacciones en el trabajo; constantemente se atrasaba con él. Sus rasgos obsesivo-compulsivos habían sido recompensados en la escuela y el hogar. Fuera de

una estructura escolar, dedicaba todo el tiempo al trabajo, pero su perfeccionismo ya no le deparaba ninguna recompensa. Dijo que cuando estudiaba, si necesitaba tiempo adicional para completar una tarea los profesores siempre se lo daban, porque sabían que el producto terminado justificaría la espera.

Mary consideraba esencial mantener sus «normas elevadas». Los intentos tendientes a modificar esos esquemas hipervalentes tropezaban con una gran resistencia. Quería que cesara el estrés que experimentaba, pero no renunciar a reglas y normas que consideraba importantes. En la terapia se discutió la posibilidad de encontrarle un nuevo trabajo que le permitiera aplicar sus «normas elevadas». Después de una breve exploración, la paciente consiguió un puesto en un centro universitario de investigación en el que uno de los requerimientos era el trabajo «lento y cuidadoso», sin importar el tiempo. Quienes trabajaban con ella encontraron que el estilo de la joven era compatible con las metas de su proyecto. En la continuación de la terapia se trató de modificar sus reglas en las situaciones sociales y profesionales.

Como es probable que el cambio de los esquemas suscite ansiedad, los pacientes deben ser advertidos al respecto, para que cuando el fenómeno se produzca no se sientan desconcertados. Un paciente deprimido, al que en la admisión se le había diagnosticado un trastorno límite de la personalidad, preguntó: «¿Por qué intenta enseñarme a controlar mi ansiedad? Estoy deprimido, de ningún modo ansioso». El terapeuta le habló de la necesidad de que supiera reducir la ansiedad. Le señaló que eso sería esencial para el éxito de la terapia. Como se mencionó en el capítulo 1, un paciente respondió a esa explicación diciendo que «es bueno tener esa seguridad, y no comprendo por qué tendría que renunciar a ella». A menos que el paciente logre manejar con éxito la ansiedad, puede deslizarse de nuevo hacia las antiguas pautas disfuncionales y abandonar la terapia. (Véanse en Beck y otros, 1985, y Freeman y Simón, 1989, discusiones detalladas del tratamiento de la ansiedad).

Toma de decisiones

Uno de los casos en que los terapeutas suelen entrar en la «vida exterior» del paciente con trastornos de la personalidad es cuando hay que brindarle ayuda para tomar decisiones. Mientras se tratan los problemas de la personalidad, se necesita un trabajo en conjunto para que el paciente aprenda a tomar ciertas decisiones importantes inicialmente pospuestas. Durante la fase aguda de los trastornos depresivos o por ansiedad, el terapeuta se centra en movilizar al paciente y empujarlo hacia la pauta de abordar los *problemas inmediatos*, que durante la depresión parecen insolubles (sin duda, esa sensación puede ser un subproducto de la depresión): «¿Debo levantarme hoy?», «¿Cómo podría mandar a los chicos a la escuela?», «¿Qué tengo que comprar en el supermercado?». Un abogado deprimido, por ejemplo, no

puede decidir qué asuntos tiene que atender primero cuando llega a su oficina. Necesita ayuda para establecer las prioridades y después confeccionar listas de lo que hay que hacer en cada caso. Los síntomas de la depresión obstaculizan a veces la toma de las más simples decisiones de rutina. Es posible que las decisiones importantes —por ejemplo concernientes a problemas conyugales, a la crianza de los hijos o a cambios de carrera—, tengan que posponerse hasta que se supere la depresión.

Cuando los síntomas agudos han desaparecido, el terapeuta puede abordar los problemas más crónicos o de largo alcance, relacionados con el matrimonio, la carrera, y así sucesivamente.

Hay que abordar las decisiones que parecen atar al paciente —sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales—. Algunos pacientes están paralizados hasta la total inacción, mientras que otros toman decisiones impulsivas respecto de la elección de carrera, las salidas con personas del otro sexo, el matrimonio o el divorcio y el tener hijos (así como en otros problemas más triviales). La ayuda en los problemas de la personalidad puede promover la solución de las dificultades reales y la toma de decisiones. Los procedimientos proyectados para la toma de decisiones suelen verse bloqueados por los problemas de personalidad. El evitador y el pasivo-agresivo tienden a posponer; el histriónico será con más probabilidad impulsivo; el obsesivo-compulsivo queda atrapado en el perfeccionismo y el dependiente busca que algún otro decida por él.

Está claro que el terapeuta no trata los problemas de la personalidad sin un apoyo en lo concreto. Los problemas cognitivos se cruzan en el camino de la resolución de las «situaciones de la vida real». A la inversa, ayudando al paciente a aprender e integrar nuevas estrategias para conducirse con éxito, el terapeuta neutraliza algunas de las estrategias inadaptadas que son manifestaciones del trastorno de la personalidad. La incorporación de una nueva estrategia para la toma de decisiones puede acrecentar la confianza en sí mismo del dependiente, mejorar la capacidad para tomar decisiones del evitativo, hacer más reflexivo al histriónico y aumentar la flexibilidad del obsesivo-compulsivo. De modo que las nuevas pautas de toma de decisiones pueden modificar los estilos de la personalidad de cada trastorno.

El terapeuta cuenta con técnicas prácticas descritas en diversos textos sobre la toma de decisiones (por ejemplo Nezu y Nezu, 1989; D’Zurilla y Goldfried, 1971). Un método utilizado con éxito por D’Zurilla y Goldfried, por ejemplo, consiste en una serie de pasos (definir el problema, establecer las metas, *brainstorming* para generar ideas, etcétera).

Un método que revela los significados no razonables que influyen en las personas cuando enfrentan dilemas consiste en hacer listas con los «pros» y los «contras» de cada opción en columnas separadas. Con la ayuda del terapeuta, los pacientes enumeran las ventajas y desventajas de cada alternativa y tratan de asignar un «peso» relativo numérico a cada uno de esos ítems.

Por ejemplo, Tom, que tendía a obsesionarse con la toma de decisiones, había decidido dejar la facultad de Derecho por el malestar que le provocaban los exámenes y el miedo a no estar a la altura de las expectativas. Su costumbre de obsesionarse por su rendimiento le generaba una considerable tensión. La creencia de que abandonar era el único modo que tenía de aliviar el estrés lo impulsaba a considerar la posibilidad de dar ese paso. Para ayudarlo a tomar una decisión objetiva, el terapeuta y Tom confeccionaron juntos las cuatro columnas que se ven en la tabla 5.1. En la segunda columna calibró la importancia de cada razón. La tercera columna contenía las «refutaciones», y la cuarta el valor o importancia de estas últimas.

Después de haber recorrido la lista con el terapeuta, Tom pudo ver con más objetividad la cuestión del abandono de la carrera. Experimentó algún alivio al comprender que su perfeccionismo y su obsesión (no las dificultades de la facultad) eran las fuentes reales de su malestar, y que el terapeuta podía ayudarle a remediar el problema de personalidad que le había hecho sufrir la mayor parte de la vida.

TABLA 5.1 ***Proceso de decisión de Tom***

En favor del abandono	Valor	Refutación	Valor
No quiero preocuparme tanto	60 %	Estoy en terapia para superar mi *perfeccionismo*, que es lo que me hace desdichado	40 %
Puedo descubrir si quiero o no ser abogado	10 %	No necesito tomar una decisión irreversible para descubrir eso. Puedo tratar de sopesarlo mientras sigo en la facultad	30 %
Sería un gran alivio. Tendría tiempo y podría pasear	40 %	Me sentiré aliviado al principio, pero quizá muy triste más tarde	30 %
A favor de seguir	**Valor**	**Refutación**	**Valor**
Me prepararé para la facultad de derecho y para licenciarme sólo me falta un año y medio	40 %	Ninguna	—
Quizá realmente me guste la práctica de la abogacía	30 %	Ninguna	—
Aunque no me guste la práctica de la abogacía, éste es un buen trampolín para distintos trabajos (incluso el de presidente de *college*)	30 %	Ninguna	—
Algunas de las materias me estimulan	20 %	Ninguna	—
Mi perfeccionismo podría serme útil como abogado	20 %	Ninguna	—

Debe observarse que decisiones quizá relativamente simples para un paciente son trascendentales para otro, porque afectan a una sensibilidad específica de su personalidad. A Agnes, una personalidad dependiente, no le costaba nada decidir que iría a una cena, pero la atormentaba tomar la decisión de emprender un viaje sola. Phil, una persona autónoma, por su parte, podía planificar viajes solo, pero quedaba paralizado si tenía que llamar a un amigo para pedirle instrucciones.

Técnicas conductuales

Las metas de las técnicas conductuales son tres. En primer lugar, el terapeuta necesita a veces trabajar muy directamente para modificar las conductas autodestructivas. Segundo, si el paciente tiene una capacidad deficiente, la terapia debe incluir un componente de construcción de la capacidad. Tercero, se pueden plantear tareas conductuales para realizar en casa a fin de poner a prueba las cogniciones. Entre las técnicas conductuales útiles (no las examinaremos detalladamente a todas) se cuentan:

1. la *observación* y la *programación de la actividad*, que permiten la identificación retrospectiva y la programación prospectiva de los cambios;
2. la *programación de actividades de dominio y placer*, para realzar la eficacia personal y validar el éxito con las experiencias modificadas (o su falta), y el placer derivado de ello;
3. el *ensayo de conductas*, el modelado, el entrenamiento en asertividad y la dramatización para desarrollar habilidades antes de los primeros esfuerzos tendientes a responder con más eficacia en situaciones problemáticas antiguas o nuevas;
4. el *entrenamiento en relajación y distracción conductual*, para que esas técnicas se empleen cuando la ansiedad se convierte en un problema amenazante mientras se intenta el cambio;
5. la *exposición en vivo*, en la que el terapeuta acompaña al cliente a un escenario problemático y le ayuda a abordar esquemas y acciones disfuncionales que (por la razón que fuere) no se pudieron tratar en el marco común del consultorio;
6. *encargos graduales de tareas* para que el paciente pueda experimentar los cambios paso a paso, proceso durante el cual se puede ajustar la dificultad de cada componente y lograr el dominio por etapas.

Empleo de la dramatización

La dramatización puede utilizarse para desarrollar aptitudes y superar inhibiciones, como en el «entrenamiento asertivo». Cuando el tema tiene carga emocional, por lo general se suscitan cogniciones disfuncionales. Estas son susceptibles de «elaboración», lo mismo que cualquier otro pensamiento automático.

Invirtiendo los roles, el terapeuta «modela» la conducta adecuada, y también visualiza con más facilidad la perspectiva de la otra persona. Esa inversión de roles es

un componente crucial del entrenamiento en empatía.

Una joven de 18 años estaba continuamente encolerizada con el padre, a quien consideraba «crítico, desconsiderado y controlador». Se quejaba de que «quiere manejar mi vida y desaprueba todo lo que hago». Al principio, después de dar las instrucciones apropiadas, el terapeuta actuó en el rol del padre en una situación reciente, en la que éste había criticado a la paciente por tomar drogas, y ella se había enfurecido. Durante la dramatización, la joven tuvo pensamientos tales como: «¡No te gusto!», «¡Pretendes quitarme de en medio!», «¡No tienes ningún derecho a hacer esto!». Después se invirtieron los roles. La paciente se esforzó por desempeñar bien su papel —es decir, por ver la situación a través de los ojos del padre—. Se conmovió hasta que le saltaron las lágrimas y explicó: «Comprendo que realmente se preocupa por mí y le importo de veras». Se había encerrado tanto en su propia perspectiva, que la del padre le resultaba impensable.

Evocación de las experiencias de la niñez

El material de la niñez no es esencial en el tratamiento de la fase aguda de depresión o ansiedad, pero tiene importancia en el trastorno crónico de la personalidad. No es infrecuente que después de que la depresión y la ansiedad hayan remitido, los pacientes conserven un resto de pensamiento disfuncional que no se modifica con las técnicas cognitivas y conductuales estándar (Beck y otros, 1979; Beck y otro, 1985). La revisión del material de la niñez permite vislumbrar los orígenes de las pautas inadaptadas. Este enfoque aumenta la perspectiva y la objetividad. Una paciente que constantemente se criticaba a sí misma a pesar de que se le había demostrado el carácter no razonable y disfuncional de sus creencias, pudo atenuar ese automatismo cuando volvió a experimentar escenas de su infancia. «No me critico porque deba hacerlo, sino porque mi madre siempre me criticaba, y yo hago lo mismo que ella».

La dramatización y la inversión de roles en interacciones clave del pasado puede movilizar el afecto y producir la «mutación» de los esquemas o creencias nucleares. La recreación de situaciones «patógenas» del período del desarrollo suele proporcionar la oportunidad de reestructurar las actitudes que tomaron forma en esa etapa. Estos casos son similares a la «neurosis de guerra». Para que cambien sus fuertes creencias, es necesario que los pacientes experimenten una catarsis emocional (Beck y otros, 1985).

En el rol de una figura del pasado, los pacientes llegan a ver con ojos más benévolos a un progenitor o a un hermano «malos». Pueden empezar a sentir empatía o compasión por los padres que los traumatizaron. Ven que en sí mismos esos padres no eran ni son malos, sino que estaban perturbados y desahogaban su cólera en los hijos. Los pacientes comprenden también que sus progenitores tenían normas rígidas

y carentes de realismo, que imponían arbitrariamente. Como consecuencia, esos pacientes pueden suavizar sus propias actitudes respecto de sí mismos.

La conducta de los padres se les vuelve más comprensible; advierten que la concepción que tienen de sí mismos no se basa en la lógica o el razonamiento, sino que es un producto de las reacciones no razonadas de los padres. Una afirmación de un progenitor, «No vales nada», es tomada como válida e incorporada al sistema de creencias —aunque el propio paciente en realidad no crea que esto es así—. La justificación racional de la «evocación» de episodios específicos de la niñez es parte del concepto más general de «aprendizaje dependiente del estado». Para someter a la «prueba de realidad» los esquemas originados en la niñez, estas creencias tienen que salir a la luz del día. El hecho de volver a experimentar el episodio facilita la emergencia de las estructuras dominantes (los «esquemas activos» [*hot*]) y las hace más accesibles. Entonces el paciente puede corregirlas.

Empleo de evocación de imágenes

El empleo de imágenes en los trastornos por ansiedad ha sido descrito extensamente en otro lugar (Beck y otros, 1985). Los mismos métodos se pueden usar en los trastornos de la personalidad, para que el paciente «reviva» acontecimientos traumáticos pasados y reestructure la experiencia y las actitudes derivadas de ella.

La justificación racional de este procedimiento requiere algunas consideraciones. Por ejemplo, si uno se limita a hablar sobre un hecho traumático puede lograr algún *insight* intelectual de las razones por las que el paciente tiene una autoimagen negativa, pero no modifica realmente esa imagen. Para lograr el cambio es necesario retroceder en el tiempo, por así decirlo, y recrear la situación. Cuando las interacciones de aquel momento cobran vida, se activa la construcción defectuosa —junto con el afecto— y puede producirse la reestructuración cognitiva.

Una mujer soltera, de 28 años, fue tratada con éxito de un trastorno por angustia en el curso de doce sesiones. Pero era evidente que ese estado sintomático tenía el contexto de una personalidad evitativa. La paciente decidió continuar tratándose por su trastorno de la personalidad, después de que remitiera el trastorno por angustia.

Esta mujer tenía una historia evitativa típica. Tendía a evitar las situaciones sociales y por lo tanto eran pocos sus amigos de uno u otro sexo, aunque estaba ansiosa por casarse. Además estaba preparada para trabajos más importantes que los que realizaba, pero no se atrevía a hacer nada para conseguir un puesto de más responsabilidad.

Durante las primeras sesiones, recibió la terapia cognitiva estándar para problemas de la personalidad. En una visita, después de que se le hubiera asignado una tarea para realizar en casa con la que ella no cumplió, le dijo a la terapeuta que ese incumplimiento la perturbaba. La terapeuta le preguntó dónde localizaba ese

sentimiento. La paciente respondió que «en el estómago». ¿Había alguna imagen con referencia a lo que la perturbaba? La mujer respondió lo siguiente: «Me veo entrando en el consultorio; usted es enorme, crítica, y me humilla; es como una gran autoridad».

La terapeuta le preguntó cuándo le había ocurrido lo mismo antes. Ella había experimentado esa sensación muchas veces durante la niñez, en situaciones desagradables con la madre. La madre bebía mucho y a menudo se irritaba con ella. Un día la paciente había vuelto temprano de la escuela y la madre le insultó por haberla despertado.

La terapeuta le pidió que recreara esa experiencia con la imaginación. La paciente tuvo la siguiente fantasía o imagen: «Llego a casa y toco el timbre. Mi madre abre la puerta. Me mira. Es enorme. Me dice: "¡Cómo te atreves a interrumpir mi sueño!". Me acusa de mala, de perversa».

De esa experiencia (y muchas otras similares) la paciente extrajo la conclusión siguiente: «Soy una chica mala», «Soy perversa porque molesto a mi madre».

La terapeuta trató de encontrar explicaciones de la conducta de la madre que no fueran que la paciente era una niña mala. Ella reconoció que la madre bebía mucho, que era irritable y que «tenía la mano larga»; sin embargo, no podía dejar de sentirse culpable.

La terapeuta trató de apoyarse en la «parte adulta» de la paciente para enfrentarse a ese recuerdo poderoso. «Modeló» lo que habría sido una respuesta adecuada a la madre si la niña hubiera tenido la madurez y las aptitudes de un adulto. La paciente practicó distintas réplicas; la terapeuta desempeñaba el papel de la madre. Cada práctica hacía vacilar más su creencia, hasta que finalmente pudo decir con algún grado de convicción: «No es culpa mía; no eres razonable, me insultas sin motivo. No he hecho nada malo».

A continuación la paciente trató de revivir la situación en su fantasía; tocando de nuevo el timbre, pero esa vez (en lugar de someterse y sentirse desvalida) le respondió a la madre (imaginariamente) de un modo asertivo, con las palabras que hemos citado.

La «elaboración» mediante dramatizaciones, fantasías inducidas y la puesta a prueba y evaluación de las creencias, continuó durante más de un año. Con el trascurso del tiempo, el grado de convicción de la paciente respecto de sus creencias cambió sustancialmente. Al mismo tiempo se produjo una acentuada modificación de la sintomatología. Se volvió mucho menos autocrítica y finalmente pudo dejar el empleo (que no estaba a la altura de su capacidad) y lograr una posición mucho mejor, acorde con su preparación.

También se usó la evocación de imágenes en un caso de personalidad evitativa, un hombre que trabajaba en el negocio de la familia de su mujer. El problema que presentó era que sus parientes políticos estaban cansados de él por su falta de responsabilidad. Le dijo al terapeuta: «No le gusto a mi suegro [que también era su

jefe]. Como sé que de todos modos va a criticarme, no hago las cosas. Siempre tengo miedo de que me critique». El terapeuta le pidió que visualizara su último encuentro con el jefe, y que lo describiera en detalle. El paciente vio al jefe encima de él, mientras le decía: «Me has decepcionado totalmente. ¿No te das cuenta del problema que has provocado?». Las emociones suscitadas por la escena (vergüenza, tristeza y deseo de retraimiento) eran las mismas que experimentaba de niño cuando la madre le reprendía por su bajo rendimiento en la escuela. De niño nadie le ayudaba con los deberes; cuando se equivocaba, la madre le decía: «Eres el único niño que fracasa. Ahora tengo que ir a la escuela a hablar con la maestra».

El paciente pudo diferenciar el pasado del presente; es decir, pudo «ver» en un nivel experiencial que aunque reaccionaba ante el jefe como alguna vez lo había hecho con la madre, obviamente uno y otra eran personas distintas, y él ya no era un niño. No le habría sido posible lograr ese grado de «*insight* emocional» sólo con comparaciones verbales entre sus experiencias presentes y pasadas, entre sus reacciones al jefe y sus reacciones con su madre.

Las estrategias descritas en este capítulo se elaborarán en los capítulos que siguen, en el contexto de cada uno de los trastornos de la personalidad.

SEGUNDA PARTE

APLICACIONES CLÍNICAS

CAPÍTULO 6

EL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Hay tres trastornos diferentes que se caracterizan por un abordaje «paranoide» de la vida. En el DSM-III-R, los diagnósticos de esquizofrenia, tipo paranoide (antes esquizofrenia paranoide), y de trastorno delirante (antes trastorno paranoide) incluyen ideas delirantes paranoides persistentes, mientras que el trastorno paranoide de la personalidad (TPP) se caracteriza por una tendencia injustificada a percibir las acciones de los otros como intencionalmente amenazadoras o humillantes, pero sin rasgos psicóticos persistentes (APA, 1987). La esquizofrenia, el tipo paranoide y el trastorno delirante han sido objeto de mucha atención teórica e investigación empírica, pero no hay ningún consenso claro acerca de la relación entre el TPP y las dos psicosis caracterizadas por la paranoia (Turkat, 1985). De modo que no se sabe si los resultados de la investigación realizada con muestras de psicóticos se pueden generalizar a los TPP. Puesto que hasta hace poco los TPP sólo han recibido una atención limitada, no es mucho lo que puede orientar a los clínicos en el trabajo con clientes paranoides pero no psicóticos. En los últimos años, los investigadores conductuales y cognitivo-conductuales han prestado cada vez más atención al tratamiento de individuos con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Fleming y Pretzer, en prensa; Pretzer y Fleming, 1989). Ahora se han desarrollado varias perspectivas cognitivo-conductuales de los TPP, que tienen un potencial considerable para proporcionar al clínico una base de la comprensión de este trastorno y de la intervención eficaz en estos casos.

Características

Como se desprende de los criterios diagnósticos presentados en la tabla 6.1, los individuos con TPP se caracterizan por una tendencia persistente y sin base real a interpretar las intenciones y acciones de los otros como humillantes o amenazadoras, pero no padecen síntomas psicóticos persistentes tales como ideas delirantes o alucinaciones. Por ejemplo, Ann era una secretaria casada, de más o menos 35 años,

que recurrió a la terapia por problemas de tensión, fatiga, insomnio y desánimo. Atribuía esos problemas al estrés en el trabajo. Cuando se le pidió que describiera las principales fuentes de ese estrés, dijo que «Constantemente dejan caer cosas y hacen ruido sólo para asustarme», y «Tratan de enfrentarme con la supervisora».

TABLA 6.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno paranoide de la personalidad***

A. Una tendencia generalizada e injustificada, que comienza al principio de la adultez y está presente en una variedad de contextos, a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente humillantes o amenazadoras; indican esa tendencia por lo menos *cuatro* de los ítems siguientes:

1. Se espera, sin bases suficientes, ser explotado o perjudicado por los otros.
2. Se cuestiona, sin justificación, la lealtad o confiabilidad de amigos o asociados.
3. Se descubren significados humillantes o amenazadores en observaciones o acontecimientos benignos; por ejemplo, se sospecha que un vecino sacó la basura más temprano para molestar.
4. Se abrigan resentimientos o no se perdonan insultos o desaires.
5. Hay renuencia a confiar en otros por miedo injustificado a que la información sea utilizada contra el sujeto.
6. El sujeto es muy sensible al desdén y reacciona rápidamente con cólera, o contraataca.
7. Se cuestiona sin justificación la fidelidad del cónyuge o compañero externo.

B. La aparición no se produce sólo en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno delirante.

Nota. Las tablas de criterios diagnósticos utilizadas en esta obra —a menos que se indique lo contrario— corresponden al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.ª ed. revisada, pág. 339), American Psychiatric Association, 1987, Washington, DC.

Ann puso de manifiesto una tendencia de antiguo a atribuir a los demás intenciones malignas; no estaba dispuesta a considerar explicaciones alternativas de las acciones de los compañeros de trabajo. Dijo de sí misma que era sensible, celosa, fácil de ofender, colérica; no obstante, no había signos de trastorno del pensamiento, ideas delirantes, persistentes ni otros síntomas de psicosis. A pesar de los claros criterios diagnósticos del DSM-III-R, la identificación de los TPP no es fácil, puesto que estos pacientes no entran en terapia diciendo: «Doctor, mi problema es que soy paranoide». En el caso de Ann, la paranoia fue obvia desde el principio; no obstante, este trastorno suele ser menos aparente en las primeras sesiones, y es fácil pasarlo por

alto. Por ejemplo, Gary era un radiólogo soltero de cerca de 30 años. Tenía novia, pero vivía con sus padres mientras trabajaba en jornada completa y asistía a una escuela para graduados en jornada parcial. Se describió como crónicamente nervioso; sus problemas eran la preocupación, los ataques de ansiedad y el insomnio. Dijo que recurría a la terapia porque sus síntomas se habían intensificado debido a las presiones del estudio. Durante la entrevista habló abiertamente y pareció ser franco. Lo único notable en la entrevista inicial era que no quería que su familia se enterara de que estaba en terapia («ellos no creen en la terapia»), ni tampoco deseaba usar su seguro de salud porque le preocupaba la confidencialidad («en el hospital veo cuánta información confidencial se divulga»).

La terapia cognitiva, centrándose en las aptitudes de aprendizaje para abordar con más eficacia el estrés y la ansiedad, así como también en el examen de sus miedos, se prolongó sin nada especial y con buenos resultados durante seis sesiones. En el inicio de la séptima sesión, Gary manifestó que en algunas oportunidades las técnicas de relajación progresiva «no le daban resultado». Al examinar esos episodios, hizo comentarios tales como «Es como si no quisiera relajarme», «Quizá tema que la gente me saque cosas», «No quiero que me roben ideas», «Cada pequeña cosa que dices, la utilizan en contra de ti». Finalmente describió a las personas en general como «dispuestas a sacarte todo lo que puedan». Del examen adicional surgió con claridad que en su funcionamiento habitual era característico un enfoque suspicaz, defensivo, de las situaciones interpersonales, que desempeñaba un papel central en sus problemas de estrés y ansiedad, y en su dificultad para aprovechar las técnicas de relajación.

Los individuos paranoides tienen una fuerte tendencia a culpar a los demás por los problemas interpersonales; por lo general aducen experiencias que parecen justificar sus convicciones acerca de la gente, niegan o minimizan sus propias dificultades y no tienen mucha conciencia del modo como su propia conducta contribuye a creárselas. En consecuencia, cuando la evaluación se basa en lo que ha dicho el propio paciente, es fácil que parezca que las sospechas de éste están justificadas, o que los problemas se deben a las acciones inadecuadas de los demás. Asimismo, como las características de la paranoia son hasta cierto punto conocidas por la mayoría de los profanos, es probable que los paranoides se den cuenta de que los otros los consideran como tales (paranoides), y creen que es prudente que se reserven sus pensamientos. Cuando éste es el caso, los signos de paranoia sólo emergen gradualmente en el curso de la terapia, y es fácil pasarlos por alto.

Suele ser más fácil identificar a los individuos paranoides prestando atención a características que no son las sospechas ostensiblemente carentes de realismo. La tabla 6.2 presenta algunos de los signos posibles de un estilo de personalidad paranoide que pueden ser indicadores precoces de TPP. Los individuos con TPP son típicamente vigilantes, tienden a interpretar como amenazadoras las situaciones ambiguas, y rápidamente se previenen contra las amenazas percibidas. Los otros

suelen considerarlos polemistas, tercos, susceptibles e intransigentes. También presentan algunas de las características que ellos perciben en los demás, y éstos los consideran retorcidos, mentirosos, desleales, hostiles y maliciosos.

TABLA 6.2. ***Signos de posible trastorno paranoide de la personalidad***

- Vigilancia constante, posiblemente puesta de manifiesto como tendencia a escudriñar el consultorio durante la entrevista y/o mirar frecuentemente por la ventana.
- Preocupación anormal por la confidencialidad, que es posible que incluya la renuencia a permitir que el terapeuta tome notas, o el requerimiento de que adopte precauciones especiales para mantener el secreto cuando llama por teléfono al cliente.
- Tendencia a atribuir a los demás toda la culpa por los problemas, y a considerarse maltratado y víctima de abusos.
- Conflicto recurrente con las figuras de autoridad.
- Convicciones habitualmente fuertes sobre los móviles de los otros y dificultad para considerar explicaciones alternativas de sus propias acciones.
- Tendencia a atribuir gran importancia a pequeños acontecimientos, y a reaccionar con una fuerza proporcional, «tomando a una pulga por un elefante».
- Tendencia al contraataque rápido en respuesta a una amenaza percibida de desdén, o tendencia a disputar y querellarse.
- Tendencia a recibir más que lo que corresponde, a maltratar a los demás o a provocar su hostilidad.
- Tendencia a buscar intensa y escrupulosamente datos que confirmen sus expectativas negativas respecto de los demás, ignorando el contexto e interpretando significados especiales (verosímiles) y motivos ocultos en acontecimientos comunes.
- Incapacidad para relajarse, en particular en presencia de otros, lo que también puede significar incapacidad para cerrar los ojos, o negativa a hacerlo, ante el terapeuta, durante el entrenamiento en relajación.
- Incapacidad para ver los aspectos humorísticos de las situaciones.
- Necesidad inusualmente fuerte de autosuficiencia e independencia.
- Desdén por quienes son vistos como débiles, blandos, enfermizos o defectuosos. Dificultad para expresar calidez, sentimientos tiernos o dudas e inseguridades.

- Celos patológicos.

Se suele decir que las personas con TPP pocas veces entran en terapia, puesto que no consideran que su desconfianza sea un problema y son renuentes a aceptar ayuda; además, no es frecuente que se las arreglen tan mal como para que se les imponga el tratamiento contra su voluntad (véanse por ejemplo APA, 1987, pág. 338; Turkat y Banks, 1987; Weintraub, 1981). Pero es posible que en lugar de evitar la terapia, inicien el tratamiento sin el trastorno diagnosticado. Es cierto que no suelen recurrir a la terapia presentando su paranoia como problema principal; plantean otros problemas, como por ejemplo la dificultad para controlar el estrés, conflictos con los superiores o con compañeros, problemas matrimoniales o abuso de drogas. En tales casos, las desconfianzas subyacentes pueden no ser evidentes. A menudo estos sujetos ocultan perfectamente su paranoia cuando deciden hacerlo. Por ejemplo, la paranoia de Gary no fue reconocida hasta la séptima sesión, a pesar del interés activo del terapeuta por este trastorno. En nuestra práctica hemos tenido un porcentaje de TPP mucho mayor que el que suele comunicarse (por ejemplo, Turkat, 1985), a pesar de que nuestro interés por este trastorno no es muy conocido. No está claro si esto se debe a la detección más eficaz del trastorno o a alguna tendencia de nuestra red de derivaciones, pero existe la posibilidad de que el TPP no sea diagnosticado en todos los casos.

Perspectivas teóricas

El tema general de la paranoia ha recibido una amplia atención de los autores de la escuela psicodinámica, desde Freud hasta nuestros días. Un punto de vista típico es el de Shapiro (1965, págs. 54-107). Después de una amplia discusión del estilo cognitivo paranoide, ese autor sostiene que el trastorno resulta de la «proyección» sobre otros de los propios sentimientos-e impulsos inaceptables. En teoría, atribuir a los demás los impulsos inaceptables, en lugar de asumirlos uno mismo, reduce o elimina la culpa y sirve de defensa contra el conflicto interno. En esencia, la concepción psicoanalítica es que el individuo percibe inadecuadamente en los otros lo que en realidad es cierto de él, y como resultado experimenta menos angustia que con una idea más realista de sí mismo y de los demás.

Un modelo cognitivo-conductual de la paranoia similar al de la concepción tradicional ha sido presentado por Colby y otros (Colby, 1981; Colby, Faught y Parkinson, 1979). Estos investigadores han desarrollado una simulación por computadora de las respuestas de un cliente paranoide en una entrevista psiquiátrica, tan realista que entrevistadores con experiencia no pueden distinguir las respuestas de la computadora de las de un verdadero cliente paranoide, si la entrevista está convenientemente limitada (Kochen, 1981). El modelo de Colby se basa en el supuesto de que la paranoia es en realidad un conjunto de estrategias dirigidas a prevenir o reducir al mínimo la vergüenza y la humillación. Se supone que el individuo paranoide tiene la fuerte creencia de que es inadecuado, imperfecto e insuficiente. Esto generaría en su experiencia niveles intolerables de vergüenza y humillación en situaciones de ridículo, cuando se es objeto de acusaciones falsas o se padece una discapacidad física.

Colby plantea la hipótesis de que en una situación «humillante» el individuo se salva de aceptar la culpa y los sentimientos consiguientes de vergüenza y humillación acusando a otro y afirmando que ha sido tratado con perversidad. Se conjetura que la ira y/o la ansiedad que resultan de la atribución de los problemas a la persecución o el hostigamiento por parte de otros malévolos son menos aversivas que la vergüenza y la humillación que surgirían si el individuo se considerara responsable de los hechos. Colby (1981) también observa que las imputaciones del paranoide tienen un impacto importante sobre las interacciones interpersonales. Si el paranoide emprende acciones contra las personas a las que atribuye malas intenciones, es posible que éstas respondan con otras acciones potencialmente humillantes. De modo que en realidad el paranoide puede aumentar indirectamente la vergüenza y la humillación que pretendía reducir. Si bien el modelo de Colby es muy interesante, debe observarse que el individuo simulado por su programa de computación tiene ideas delirantes y no le correspondería un diagnóstico de TPP.

El TPP *per se* ha atraído la atención de algunos autores. Cameron (1963, 1974) piensa que el trastorno proviene de una falta básica de confianza, resultante de malos tratos y carencia de un amor coherente por parte de los padres. El niño aprende a esperar un trato sádico de los otros, debe mantenerse alerta para identificar signos de peligro y actuar con rapidez para defenderse. La vigilancia aumentada determina que detecte claves sutiles en las reacciones negativas de los demás y que reaccione a ellas con violencia, sin mucha conciencia del efecto que sobre quienes le rodean tienen sus propias actitudes hostiles.

Millón (1981) sostiene que los TPP casi invariablemente van acompañados por otros trastornos de la personalidad, y examina por separado cada uno de los cinco subtipos principales. El subtipo «paranoide narcisista» se considera resultado de una fuerte creencia en la propia importancia, sumada a un déficit de habilidades sociales. La hipótesis de Millón es que cuando esos individuos se enfrentan a un medio que no comparte su creencia en su propia importancia, se repliegan en fantasías de

omnipotencia en lugar de reconocer sus propias carencias. La personalidad «paranoide antisocial» resultaría de que el individuo ha sido objeto del hostigamiento y antagonismo de sus padres, lo que le lleva a ver el mundo como inhóspito y a una conducta rebelde, hostil, que provoca el rechazo de los demás. Los individuos «paranoides compulsivos» han aprendido a luchar para cumplir perfectamente con normas parentales rígidas, de modo que se han vuelto controladores en exceso, perfeccionistas, retraídos y autocríticos. La paranoia aparece cuando atribuyen a otros su dura autocrítica. Según la hipótesis de Millón, en el desarrollo de la personalidad «paranoide pasivo-agresiva» intervienen factores constitucionales que llevan al niño a dar a sus progenitores respuestas que alientan reacciones incoherentes. Estas reacciones de los padres a la vez determinan que el niño se convierta en una persona irritable, negativista e incapaz de mantener relaciones estables, lo que provoca el aislamiento social y el desarrollo de celos delirantes. Finalmente, la personalidad «paranoide descompensada» sería sumamente proclive a episodios psicóticos en respuesta al estrés; habría un vínculo entre el TPP y la psicosis. Millón (1981) no proporciona un modelo del TPP en general ni considera las intervenciones del terapeuta.

Turkat (1985, 1986, 1987; TurkatyMaisto, 1985) ha presentado recientemente un modelo cognitivo-conductual del desarrollo y el mantenimiento del TPP basado en el examen detallado de casos clínicos. La idea de Turkat es que las interacciones tempranas de los padres le enseñan al niño «Debes ser cuidadoso para no cometer errores» y «Tú eres distinto de los demás». Entonces el individuo se preocupa intensamente por las evaluaciones de los otros, pero al mismo tiempo las expectativas parentales, a las que trata de adecuarse, impiden que sea aceptado por sus pares. Finalmente éstos lo aíslan y humillan, y él carece de las habilidades interpersonales necesarias para superar ese aislamiento. Pasa mucho tiempo en rumiaciones sobre su situación y sobre el maltrato a que se le somete; termina llegando a la conclusión de que la persecución se debe a que él es especial y los demás están celosos. Esta supuesta «explicación racional» tiene la finalidad de reducir la angustia por el aislamiento social. Resulta una concepción paranoide de los otros que perpetúa el aislamiento, porque siempre se prevé el rechazo —lo cual genera un ansiedad considerable en las interacciones sociales—, y además porque la aceptación por parte de los otros amenazaría el sistema explicativo del sujeto.

Conceptualización cognitiva

Algunas de las concepciones teóricas del TPP que hemos presentado comparten la idea de que las sospechas del individuo respecto de los demás y sus rumiaciones sobre persecución y maltrato no son esenciales del trastorno, sino racionalizaciones utilizadas para reducir el malestar subjetivo. Nosotros hemos desarrollado un análisis cognitivo (Pretzer, 1985,1988; Freeman y otros, 1990), con una perspectiva diferente del papel de tales cogniciones en el TPP. Si evaluamos los componentes cognitivos e interpersonales del enfoque paranoide de la vida puesto de manifiesto por Gary, el radiólogo tenso al que ya nos hemos referido, surge una pauta interesante. Gary tenía tres supuestos básicos: «Las personas son malas y tramposas», «Atacan si uno les da la oportunidad» y «Para estar bien hay que mantenerse alerta». Esos supuestos lo llevaban a esperar engaños, trampas y que lo hirieran en las interacciones personales, por lo cual consideraba constantemente necesario estar alerta a signos de engaño, trampa e intenciones malévolas.

No obstante, esa vigilancia tendiente a detectar signos de malas intenciones producía un efecto lateral indeseado. Si uno se mantiene vigilante ante las indicaciones sutiles de que los otros son malos y tramposos (pero no igualmente alerta a los signos de confiabilidad y buenas intenciones), muy pronto puede observar muchas acciones que parecen respaldar la idea de que no se puede confiar en la gente. Esto sucede porque las personas no son universalmente benévolas y dignas de confianza, y también porque muchas interacciones interpersonales son lo suficientemente ambiguas como para que se pueda ver en ellas malas intenciones, aunque los propósitos reales del individuo sean buenos. La vigilancia de Gary generaba pruebas sustanciales en apoyo de sus supuestos sobre la naturaleza humana, y tendían a perpetuar su enfoque paranoide de la vida.

Además, las expectativas de Gary acerca de los demás tenían un efecto importante sobre sus interacciones con compañeros de trabajo y conocidos. Evitaba la intimidad por miedo a que el compromiso y la apertura emocionales lo hicieran más vulnerable. Además estaba por lo general en guardia y a la defensiva en sus interacciones con otras personas, tendía a reaccionar exageradamente ante pequeños desdenes y contraatacaba con prontitud cuando creía haber sido maltratado. Estas acciones no alentaban a los otros a ser amables y generosos con él, sino que tendían a provocar desconfianza y hostilidad. De modo que las expectativas de Gary le hacían interactuar con los otros de un modo que provocaba el tipo de conducta que él preveía, y ello le procuraba la experiencia repetida de ser maltratado. Desde luego, esas experiencias confirmaban sus expectativas negativas, y también perpetuaban su enfoque paranoide de la vida.

El tercer factor es la «autoeficacia», un constructo definido por Bandura (1977) como la estimación subjetiva que hace un individuo de su propia capacidad para manejar con éxito los problemas o situaciones específicos a medida que surgen. Si Gary hubiera tenido confianza en poder advertir fácilmente los engaños de los otros e impedir sus ataques, se habría sentido menos obligado a estar constantemente en

guardia y habría sido menos vigilante y defensivo. De haber estado convencido de que no podía llegar a ningún buen resultado a-pesar de sus esfuerzos, es probable que hubiera abandonado su vigilancia y posición defensiva, para adoptar alguna otra estrategia. En ambos casos, los ciclos que perpetuaban su paranoia se habrían atenuado o interrumpido. Pero Gary dudaba de su capacidad para tratar con los otros si no se mantenía en una vigilancia constante; al mismo tiempo, tenía plena confianza en que podría por lo menos sobrevivir si estaba suficientemente alerta. De modo que se mantenía en guardia alzada y vigilante, perpetuando así su paranoia.

Además de la tendencia de los dos ciclos que acabamos de examinar a generar observaciones y experiencias en apoyo de los supuestos individuales paranoides, hay otra razón por la cual la cosmovisión paranoide es casi impermeable a las experiencias demostrativas de que las otras personas no son universalmente maliciosas. Como el cliente parte de la base de que todos los seres humanos son maliciosos y tramposos, le resulta fácil interpretar que las interacciones con otras personas que parecen benignas o colaboradoras son en realidad intentos de engañarlo y hacerle confiar, para poder someterlo a un ataque o explotarlo. En cuanto aparece esta interpretación, el «hecho» de que las otras personas hayan intentado engañarle actuando de manera confiable o correcta demuestra precisamente que tienen malas intenciones. De ahí la tendencia observada en los individuos paranoides a rechazar las interpretaciones «obvias» de las acciones de los otros, y a buscar el significado «real» subyacente. Por lo general, esta búsqueda continúa hasta que se encuentra una interpretación congruente con las preconcepciones del paranoide.

La convicción del paranoide de que enfrenta situaciones peligrosas (sobre todo la amenaza de los otros), y de que debe confiar en sus propias fuerzas, explica muchas de las características del TPP. El individuo actúa con cautela y de forma calculada, evitando descuidos y riesgos innecesarios. Está alerta a los signos de peligro o engaño durante las interacciones; escudriña constantemente en busca de claves sutiles de las verdaderas intenciones del otro. En este mundo «caníbal», dar muestras de alguna debilidad es invitar al ataque, de modo que el paranoide oculta cuidadosamente sus inseguridades, defectos y problemas por medio del engaño, la negación y las excusas, o inculpando a otros. Puesto que «lo que los otros saben sobre ti puede ser usado en contra tuya», custodia escrupulosamente su intimidad, luchando por ocultar incluso las informaciones triviales y, en particular, suprimiendo los signos de sus propias emociones e intenciones. En una situación peligrosa, toda limitación de la propia libertad de acción puede ser una trampa, o hacerle más vulnerable. Por ello el paranoide tiende a resistirse a las reglas y regulaciones, a menos que sirvan a sus propios planes. Cuanto más poderosos sean los otros, más amenazantes se los ve. De modo que el paranoide tiene una aguda conciencia de las jerarquías de poder; admira y teme a las personas que ocupan posiciones de autoridad, anhela tener aliados poderosos, pero teme la traición o el ataque. Es típico que no esté dispuesto a «ceder» incluso acerca de cuestiones carentes de importancia,

puesto que las soluciones de transacción le parecen signos de debilidad, y una debilidad que se pone de manifiesto puede alentar el ataque. Pero el paranoide evita desafiar a personas poderosas de modo directo ante el riesgo de provocar su hostilidad. Una consecuencia común es la resistencia encubierta o pasiva.

Cuando se está alerta a los signos de amenaza o ataque y se presuponen malas intenciones, todo desdén o maltrato parece totalmente deliberado y merecedor de castigo. Cuando los otros alegan que sus acciones fueron sin intención, accidentales o justificadas, el paranoide piensa que esas mismas protestas demuestran el deseo de engañar y las malas intenciones. Como la atención está centrada en los malos tratos, se ignora todo lo que sea un trato favorable, las situaciones parecen constantemente injustas. El individuo está seguro de que ha sido tratado con injusticia y de que en el futuro también lo tratarán mal, de modo que tiene pocos incentivos para tratar bien a los otros, salvo por miedo al castigo. Cuando el paranoide se siente lo suficientemente poderoso como para resistirse al castigo o sustraerse al engaño, es probable que emprenda los mismos actos maliciosos, engañosos y hostiles que espera de los demás.

Entre esta concepción del TPP y la presentada por Colby (1981; Colby y otros, 1979) y Turkat (1985) existen algunas diferencias. Primero, la atribución de malas intenciones a los demás es considerada central en el trastorno, y no un complejo efecto lateral de otros problemas. Por lo tanto, no es necesario suponer que esa desconfianza ante los otros se deba a la «proyección» de impulsos inaceptables, y pretenda evitar la vergüenza y la humillación inculpando a otros (Colby y otros, 1979); tampoco sería una racionalización para asimilar el aislamiento social (Turkat, 1985). Segundo, si bien el miedo a cometer errores subrayado por Turkat es por lo común observable en estos pacientes, aparece como secundario respecto del supuesto de que los demás son peligrosos y malignos —y no como central en el trastorno—. Finalmente, este modelo subraya la importancia del sentimiento de la propia eficacia. Respecto de este punto, no se cuenta con las pruebas empíricas necesarias para determinar qué modelo del TPP es el más válido.

Al examinar el TPP, Turkat (1985) desarrolla extensamente sus ideas al respecto. Nosotros no tenemos una perspectiva igualmente detallada de la etiología del TPP, puesto que resulta difícil determinar la exactitud de la información histórica obtenida de los clientes paranoides. Como la concepción que estos clientes tienen de los demás y sus recuerdos de los acontecimientos previos suelen estar distorsionados de un modo congruente con la paranoia, lo que cuentan de sus experiencias infantiles puede estar totalmente deformado. Pero es interesante observar que la posición paranoide es adaptativa si uno se enfrenta a una situación verdaderamente peligrosa en la que es probable que los otros demuestren ser encubierta o abiertamente hostiles. Muchos pacientes paranoides dicen haber crecido en familias que ellos experimentaron como peligrosas. Por ejemplo, Gary narró una larga historia de haber sido ridiculizado por cualquier signo de sensibilidad o debilidad, mentiras y engaños de padres y

hermanos, y ataques verbales y físicos de miembros de su familia. Además manifestó que sus padres le habían enseñado explícitamente que el mundo era «caníbal» y había que ser duro para sobrevivir. Estos relatos producen la impresión de que crecer en una familia hostil o paranoide, en la cual la vigilancia fue verdaderamente necesaria, pudo contribuir sustancialmente al desarrollo del TPP.

Esta hipótesis es atractiva, pero seguirá siendo especulativa hasta que se obtengan datos objetivos acerca de las historias de estos individuos. Un tratamiento teórico global de la etiología del TPP también debería explicar la incidencia inusualmente alta de trastornos del «espectro esquizofrénico» entre los parientes de los individuos con diagnóstico de TPP (Kendler y Gruenberg, 1982) detectada en algunos estudios. Esos resultados plantean la posibilidad de un factor genético en la etiología del trastorno, pero aún no se han comprendido los mecanismos a través de los cuales podría establecerse ese nexo.

Enfoques de tratamiento

Sobre la base de su modelo de computadora, Colby y sus colaboradores (Colby y otros, 1979) sostienen que podría ser más eficaz utilizar intervenciones centradas en:

1. cuestionar la creencia del cliente de que él es inadecuado o insuficiente,
2. limitar el alcance de los acontecimientos aceptados como prueba de inadecuación, y
3. contrarrestar las atribuciones externas del cliente acerca de la fuente de su malestar.

Estos autores sostienen que cuestionar directamente las sospechas y manifestaciones es tan ineficaz como difícil, porque incide muy poco en los factores que producen el trastorno. Debe quedar en claro que lo que ellos dicen se basa exclusivamente en la simulación con computadora, y no ha sido validado en términos clínicos. Lamentablemente, como el cliente simulado en el modelo de Colby no satisface los criterios del DSM-III-R para el TPP, no se ve bien en qué medida la intervención recomendada podría aplicarse a este trastorno.

Turkat y sus colaboradores no han realizado recomendaciones generales sobre el tratamiento del TPP, pero presentan algunas discusiones detalladas sobre clientes con

este trastorno (Turkat, 1985, 1986, 1987; Turkat y Maisto, 1985). Desde luego, el ejemplo que ilustra el tratamiento con más detalles es el caso, que aparece en Turkat y Maisto (1985), del Señor E. Los problemas de este cliente fueron conceptualizados como provenientes de su hipersensibilidad a las evaluaciones que los otros tenían de él, con carencia de las habilidades sociales necesarias para hacerse aceptar por ellos. Se consideró que ello generaba un ciclo autoalimentado en el que el paciente se preocupaba por las opiniones de los demás y trataba de obtener aprobación y evitar desaprobación, pero lo hacía de un modo que suscitaba críticas. En respuesta a esas críticas, el Señor E. se replegaba y rumiaba sobre el mal trato que presuntamente le deparaban. Sus cogniciones sobre la persecución de que era objeto fueron vistas como racionalizaciones y rumiaciones en respuesta a sus fracasos recurrentes. Sobre la base de esta conceptualización, Turkat y Maisto (1985) escogieron intervenciones centradas en reducir la ansiedad del cliente acerca de la evaluación por parte de otros, y en mejorar sus habilidades sociales; se consideró que esto era lo más apropiado, y sólo se prestó una atención limitada al estilo paranoide de pensamiento. Si bien el tratamiento había terminado en el momento de la publicación, los autores informan que al cabo de siete meses de sesiones terapéuticas dos veces por semana, se había logrado un considerable progreso.

La concepción del TPP presentada en este capítulo propone un enfoque del tratamiento un tanto distinto de los propugnados por Colby y Turkat. A primera vista, nuestra conceptualización parecería proporcionar pocas oportunidades para la intervención eficaz. Un objetivo sería modificar los supuestos básicos del individuo, puesto que constituyen las bases del trastorno. Pero ¿cómo se podrían cuestionar eficazmente estos supuestos, cuando la vigilancia y el punto de vista paranoide del cliente producen constantemente experiencias que los confirman? Si fuera posible lograr que el cliente relajara su vigilancia y su posición defensiva, esto simplificaría la tarea de modificar sus supuestos. ¿Cómo puede el terapeuta esperar inducir al cliente a relajar la vigilancia, o a tratar mejor a los demás, mientras ese cliente esté convencido de que los demás tienen malas intenciones? Si estos dos ciclos que se autoalimentan constituyeran la totalidad del modelo cognitivo, habría pocas perspectivas de llegar a una intervención cognitivo-conductual eficaz. Pero el sentido de propia capacidad del cliente también desempeña un papel importante en el modelo.

La intensa vigilancia y defensividad del paranoide resultan de la creencia de que la posición defensiva y la vigilancia constantes son necesarias para preservar su seguridad. Si fuera posible acrecentar el sentimiento de capacidad del cliente para enfrentarse a situaciones problemáticas, al punto de que confíe razonablemente en poder abordar los problemas que surgen, la vigilancia y la intensidad de la posición defensiva parecerían menos necesarias, y el cliente podría moderarlas en alguna medida. Esto reduciría sustancialmente la intensidad de la sintomatología, haría mucho más fácil abordar sus cogniciones por medio de técnicas convencionales de

terapia cognitiva y permitiría convencerle de que intente modos alternativos de manejar los conflictos interpersonales. Por lo tanto, la estrategia primordial en el tratamiento cognitivo del TPP consiste en tratar de aumentar el sentido que tiene el cliente de su propia capacidad, antes de intentar la modificación de otros aspectos de los pensamientos automáticos, la conducta interpersonal y los supuestos básicos.

Cómo establecer una relación de cooperación con clientes paranoides

El primer paso en la terapia cognitiva del TPP es establecer una relación de trabajo. Obviamente, no se trata de una tarea simple cuando se trabaja con alguien que supone que es probable que los demás sean malvados y mentirosos. Seguramente los intentos directos tendientes a convencer al cliente de que tiene que confiar en el terapeuta serán percibidos como engañosos, y por lo tanto aumentarán su desconfianza. El enfoque más eficaz consiste en que el terapeuta acepte abiertamente la desconfianza del cliente en cuanto se ponga de manifiesto, y gradualmente demuestre su propia confiabilidad a través de la acción, sin presionar al cliente para que confíe en él de inmediato. Por ejemplo, en cuanto resultó claro que Gary, el radiólogo del que hemos hablado, experimentaba una desconfianza generalizada, la cuestión se abordó como sigue:

Gary: Supongo que esto es lo que hago constantemente, espero de la gente lo peor. De ese modo no pueden sorprenderme.

Terapeuta: ¿Sabe?, tengo la impresión de que esta tendencia a ser escéptico respecto de los demás y a tomarse tiempo para empezar a confiar en ellos es probable que aparezca de **vez** en cuando en la terapia.

Gary: Hum… [Pausa].

Terapeuta: Después de todo, ¿cómo va usted a saber si confiar en mí es seguro o no? La gente me dice que tengo cara de honrado, pero ¿qué demuestra eso? Es cierto que soy profesional, pero eso no quiere decir que sea un santo. En el mejor de los casos, lo que yo diga tendrá algún sentido, pero usted no es tan tonto como para confiar en alguien sólo porque hable bien. Podría ser difícil decidir si hay que confiar o no en un terapeuta, y esto le pone a usted en una situación complicada. Es difícil obtener ayuda sin confiar por lo menos un poco, pero también es difícil saber si se puede confiar o no… Hasta este punto, ¿qué le parece lo que digo?

Gary: Está bien.

Terapeuta: Un modo de salir de este dilema consiste en tomarse tiempo y ver hasta qué punto cumplo con lo que digo. Es mucho más fácil confiar en las acciones que en las palabras.

Gary: Eso tiene sentido.

Terapeuta: Bien, si vamos a adoptar este enfoque, tenemos que pensar en qué trabajaremos primero.

De modo que le corresponde al terapeuta poner énfasis en demostrar su propia confiabilidad. Tiene que ofrecer lo que puede y está dispuesto a dar, esforzarse por ser claro y coherente, corregir activamente las percepciones y comprensiones erróneas del cliente a medida que se producen y reconocer abiertamente los traspiés que ocurran. Es importante que el terapeuta recuerde que crear confianza con la mayoría de los paranoides es algo que lleva tiempo, así que debe abstenerse de presionar al cliente para que hable sobre pensamientos o sentimientos delicados; debe aguardar a que poco a poco se haya creado una confianza suficiente. Las técnicas cognitivas estándar, como por ejemplo los «registros de pensamientos disfuncionales», pueden requerir demasiada franqueza como para que el cliente esté dispuesto a aplicarlas al principio de la terapia. Por lo tanto, tal vez sea útil escoger como foco inicial un problema susceptible de ser abordado primordialmente por medio de intervenciones conductuales.

En la terapia cognitiva la cooperación es siempre importante, pero lo es sobre todo en el trabajo con individuos paranoides. Es probable que se pongan intensamente ansiosos o coléricos cuando se sientan coaccionados, tratados injustamente o colocados en una situación de sometimiento. Puesto que no suelen presentar su paranoia como problema sobre el que deseen trabajar, es importante centrarse en comprender las propias metas del cliente y dirigir hacia ellas la terapia. Algunos terapeutas temen que al centrarse en el estrés, los problemas matrimoniales, etc., del cliente, se pase por alto el «problema real» de la paranoia. No obstante, cuando el enfoque empleado se basa en la solución de problemas para perseguir las metas del cliente, muy pronto sale a luz el modo como su paranoia incide en las otras dificultades. Esto crea una situación en la que es posible comprometerle en el trabajo cooperativo sobre su desconfianza respecto de los demás y con sus sentimientos de vulnerabilidad, porque ello constituye un paso importante para alcanzar sus propias metas.

Con los clientes paranoides, la fase inicial de la terapia puede ser muy estresante cuando el terapeuta cree que se centra en temas superficiales que no deberían ser amenazadores en absoluto. El solo hecho de participar en la terapia exige que el cliente se permita ser franco, reconozca sus debilidades y confíe en otra persona, cosas que los individuos paranoicos experimentan como muy peligrosas. Este estrés puede reducirse un tanto centrándose al principio en los temas menos sensibles, empezando con intervenciones más conductuales y examinando los problemas indirectamente (es decir, por medio de analogías o hablando sobre el modo como «algunas personas» reaccionan en esas situaciones), sin forzar que el paciente quede directamente expuesto. Uno de los modos más eficaces de aumentar la comodidad del

cliente paranoide en la terapia consiste en proporcionarle un control mayor que el usual sobre el contenido de las sesiones, sobre las tareas en su casa y sobre la programación de los encuentros con el terapeuta. Es posible que el cliente se sienta más cómodo y pueda progresar con mayor rapidez si las sesiones son menos frecuentes que lo habitual, y en este sentido puede ser muy útil tener en cuenta la opinión del propio paciente. Con algunos clientes paranoides, lo óptimo pareció una sesión cada tres semanas.

Intervenciones cognitivas y conductuales

A medida que el terapeuta pasa de centrarse en el trabajo para establecer una relación cooperativa a centrarse en el trabajo tendiente a alcanzar las metas iniciales del cliente, es más productivo dedicarse especialmente a aumentar el sentimiento de su capacidad en las situaciones problema (es decir, aumentar la convicción del cliente de que él puede afrontar con éxito todos los problemas que surjan). Esto se puede hacer principalmente de dos maneras. Primero, si el cliente es realmente capaz de manejar la situación pero exagera la amenaza, o subestima su propia capacidad, las intervenciones que generen una apreciación más realista de la aptitud aumentarán su capacidad. Segundo, si el cliente no consigue dominar la situación, o cabe mejorar sus habilidades para hacerlo, las intervenciones que tiendan a esto último acrecentarán su capacidad. En la práctica, lo mejor suele ser emplear los dos enfoques combinados.

En el caso de Ann (la secretaria a la que nos hemos referido) los intentos iniciales del terapeuta tendientes a cuestionar directamente su ideación paranoide («Hacen ruido sólo para asustarme») fueron ineficaces. Pero las intervenciones dirigidas a ayudarla a reevaluar el peligro implícito en esas acciones si los compañeros de trabajo realmente trataban de provocarla, así como las tendientes a ayudarla a evaluar su capacidad para dominar la situación, fueron sumamente útiles. Este es un ejemplo:

Terapeuta: Usted reacciona como si se tratara de una situación muy peligrosa. ¿Cuáles son los riesgos que ve?

Ann: Dejan caer cosas que hacen ruido para molestarme.

Terapeuta: ¿Está segura de que no hay ningún otro riesgo?

Ann: Sí.

Terapeuta: ¿No piensa que existan probabilidades de que la ataquen o le hagan alguna otra cosa de ese tipo?

Ann: No, no harían eso.

Terapeuta: Si siguieran dejando caer cosas y haciendo ruido, ¿sería muy malo?

Ann: Como le dije, es una verdadera provocación. Realmente me vuelve loca.

Terapeuta: De modo que todo seguiría como en los últimos años.

Ann: Sí. Me enloquece, pero puedo soportarlo.

Terapeuta: Y usted sabe que si esto continúa, al final usted puede dominar la situación como lo ha estado haciendo: resistiendo a la provocación y desquitándose con su marido en casa. Supongamos que podamos encontrar algún modo mejor de manejar la provocación, o de que la afecte menos. ¿Usted estaría interesada?

Ann: Sí, me parece muy bien.

Terapeuta: Otro peligro al que usted se refirió era que le hablaran a la supervisora y la enemistaran con usted. A su juicio, ¿desde cuándo intentan hacer esto?

Ann: Desde que estoy allí.

Terapeuta: ¿Qué es lo que han conseguido?

Ann: No mucho.

Terapeuta: ¿Ve algún signo de que vayan a tener más éxito?

Ann: No, me parece que no.

Terapeuta: De modo que en su fuero interno usted reacciona como si la situación fuera realmente peligrosa. Pero cuando se detiene y piensa en ella, llega a la conclusión de que lo peor que están haciendo es provocarla, y que si no surge nada nuevo, puede arreglárselas perfectamente bien. ¿Es esto así?

Ann (sonriendo): Sí, supongo que sí.

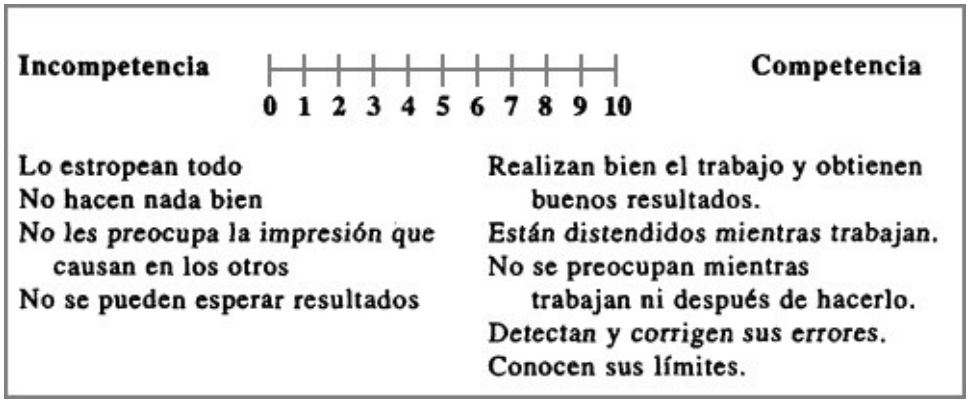
Terapeuta: Y si encontramos algún modo de dominar mejor la tensión o de controlarles mejor a ellos, será incluso menos lo que puedan hacerle.

Obviamente este intercambio por sí solo no transformó de modo espectacular a Ann, pero después de esta sesión comunicó una notable reducción de su actitud vigilante y el estrés en el trabajo, que aparentemente se debía a que percibía toda la situación como mucho menos amenazadora. Había menos provocaciones aparentes y ella experimentaba menos ira y frustración. Las intervenciones adicionales, que se centraron en la evaluación de las amenazas percibidas, en el control del estrés, en la autoafirmación y en mejorar la comunicación en el matrimonio, dieron por resultado una rápida mejoría. Según dijeron el esposo y ella misma, seguía estando un tanto en guardia y alerta, pero ya no reaccionaba en exceso ante pequeñas provocaciones, podía ser más asertiva que hostil, ya no tenía estallidos con el esposo como consecuencia de las provocaciones en el trabajo, y se sentía significativamente más cómoda en sus visitas a los parientes políticos.

Con Gary, el joven radiólogo, cuando se reconoció su TPP, las intervenciones antes descritas tendientes a lograr un control adecuado del estrés elevaron

sustancialmente su sentido de su propia capacidad. Pero continuaba creyendo que debía estar alerta en muchas situaciones inocuas, porque dudaba de su capacidad para salir bien parado si no se mantenía constantemente en estado de alerta. Se vio con claridad que las normas con que juzgaba su competencia en el trabajo y en las interacciones sociales eran muy estrictas, y que consideraba la capacidad en términos dicotómicos: se era plenamente competente o totalmente incompetente. Entonces utilizamos la «técnica del continuo» para ayudarle a reevaluar su concepción de la competencia.

FIGURA 6.1. ***Continuo de la competencia basado en la concepción dicotómica de Gary.***



Terapeuta: Parecería que gran parte de su tensión y el hecho de que dedique tanto tiempo a un control doble de su trabajo se deben a que se ve a sí mismo como básicamente incompetente, y piensa: «Debo tener cuidado o lo estropearé todo».

Gary: Por supuesto. Pero no se trata de pequeñas consecuencias; de lo que yo haga depende la vida de alguien.

Terapeuta: Hemos hablado de su competencia en términos de las evaluaciones que obtenía mientras estaba formándose y de lo bien que se ha desempeñado desde entonces, sin poder progresar mucho. Parece que no sé exactamente lo que significa para usted la palabra «competencia». ¿Qué hay que tener para ser verdaderamente competente? Por ejemplo, si apareciera un marciano que no sabe nada de los seres humanos y quisiera reconocer a los que son verdaderamente competentes, ¿qué le diría usted que buscara?

Gary: Una persona competente, haga lo que haga, siempre realiza un buen trabajo.

Terapeuta: ¿No importa lo que la persona hace? Si alguien hace bien algo fácil, a su juicio, ¿es competente?

Gary: No, para ser realmente competente no tiene que hacer algo fácil.

Terapeuta: Entonces parece que para ser competente hay que hacer algo difícil y

obtener buenos resultados.

Gary: Sí.

Terapeuta: ¿Eso es todo? Usted ha estado haciendo algo difícil, y lo ha hecho bien, pero no se siente competente.

Gary: Yo siempre estoy tenso y me preocupo por el trabajo.

Terapeuta: ¿Es decir que una persona verdaderamente competente no está tensa y no se preocupa?

Gary: No. Tiene confianza. Trabaja relajada y después no se preocupa.

Terapeuta: De modo que una persona competente emprende tareas difíciles y las realiza bien, está distendida mientras trabaja y después no se preocupa. ¿Con esto basta, o hay que decir algo más sobre la competencia?

Gary: Bien, no es necesario ser perfecto mientras uno advierta sus errores y conozca sus límites.

Terapeuta: Lo que he escrito hasta ahora (*el terapeuta ha estado tomando notas*) es que una persona verdaderamente competente realiza bien tareas difíciles y obtiene buenos resultados, está distendida mientras trabaja y después no se preocupa; advierte los errores que comete, los corrige y conoce sus límites. ¿Refleja esto lo que usted tiene en mente cuando utiliza la palabra «competente»?

Gary: Sí, supongo que sí.

Terapeuta: Por lo que hemos dicho, tengo la impresión de que usted ve la competencia en términos de blanco y negro: se es competente o no se es.

Gary: Desde luego. Así es.

Terapeuta: ¿Qué nombre le podríamos dar a las personas que no son competentes? ¿Tal vez «incompetentes»?

Gary: Sí, está bien.

Terapeuta: ¿Qué es lo que caracteriza a las personas incompetentes? ¿Qué buscaría usted para distinguirlas?

Gary: Lo estropean todo. No hacen bien las cosas. Ni siquiera **leí** preocupa ver o sentir bien. De ellas no se puede esperar nada.

Terapeuta: ¿Eso es todo?

Gary: Sí, creo que sí.

Terapeuta: Bien, veamos qué medida da usted en relación con estas normas. Una característica de la persona incompetente es que lo estropea todo. ¿Usted lo estropea todo?

Gary: Bien, no. La mayor parte de las cosas que hago resultan bien, pero mientras tanto estoy realmente tenso.

Terapeuta: Y usted dijo que a una persona incompetente no le importa salir bien ni lo que piensen los otros. De modo que el estar tenso y preocupado no se corresponde con la idea de que es incompetente. Si no es incompetente, ¿significa ello que es completamente competente?

Gary: No me siento competente.

Terapeuta: Y según estas normas, no lo es. Usted se desempeña bien en una tarea difícil, ha tenido éxito en advertir los errores que comete, pero no se distiende y se preocupa. Según estas normas, no podemos decir que sea completamente incompetente ni totalmente competente. ¿Cómo podemos hacer concordar esto con la idea de que una persona es competente O incompetente?

Gary: Supongo que no es ni una cosa ni la otra.

Terapeuta: Mientras usted describía la competencia y la incompetencia, yo tomé nota de los criterios. Supongamos que dibujamos una escala de cero a diez, donde el cero corresponde a la incompetencia absoluta y total, y el diez a la competencia completa y permanente (*véase la figura 6.1*). ¿Qué nota se pondría usted por su competencia?

Gary: Al principio iba a decir 3, pero pensándolo mejor, diría 7 u 8, salvo en redacción, y hasta ahora nunca trabajé en esa materia.

Terapeuta: ¿Qué nota se pondría por su competencia en el trabajo?

Gary: Supongo que 8 o 9 en términos de resultados, pero no me relajo, de modo que en cuanto a eso sería más o menos 3. Descubro bien mis errores mientras no me preocupo demasiado, así que me correspondería un 8, y diría que un 9 o 10 en cuanto a conocer mis límites.

Terapeuta: ¿Qué nota se pondría por la forma como lava la bañera?

Gary: Un 6, pero eso no importa, lo hago solamente por diversión.

Terapeuta: Me ha dicho varias cosas importantes. Primero, si lo piensa otra vez verá que la competencia resulta no ser una cuestión de todo o nada. Alguien que no es perfecto no es necesariamente incompetente. Segundo, las características que usted ve como símbolos de competencia no aparecen necesariamente unidas en la realidad. Usted se pone un 8 o un 9 en cuanto a la calidad de su trabajo, y sólo un 3 en cuanto a no estar tenso y no preocuparse. Finalmente, a veces —por ejemplo en el trabajo— ser competente es muy importante para usted, pero otras no lo es —como cuando limpia la bañera.

Gary: Sí, supongo que no tengo que dar lo mejor de mí constantemente.

Terapeuta: ¿Qué piensa de la idea de que si una persona es competente estará distendida y si está tensa significa que no es competente?

Gary: No lo sé.

Terapeuta: Sin duda parece que si una persona tiene la seguridad de que puede manejar la situación, es probable que se sienta menos tensa. Pero no sé qué decir sobre lo contrario, sobre la idea de que si uno está tenso ello demuestra que es incompetente.

Cuando usted está tenso y preocupado, ¿eso le facilita o le dificulta la tarea?

Gary: La dificulta mucho. Tengo problemas para concentrarme y olvido cosas.

Terapeuta: De modo que si alguien consigue buenos resultados a pesar de estar tenso y preocupado, ha superado un obstáculo.

Gary: Sí, en efecto.

Terapeuta: Algunas personas dirían que obtener buenos resultados a pesar de tener que superar obstáculos demuestra una capacidad mayor que cuando las cosas son fáciles. ¿Qué piensa usted de esta idea?

Gary: Tiene sentido.

Terapeuta: Bien, usted se las arregla bien en el trabajo a pesar de sentirse realmente tenso y preocupado. Hasta ahora ha hablado de la tensión como prueba de que es realmente incompetente, y que sólo se las arregla porque es muy cuidadoso. Otro modo de ver esto consistiría en decir que ser capaz de cumplir bien a pesar de estar ansioso demuestra que es realmente competente, no que es incompetente. ¿Qué le parece a usted más próximo a la verdad?

Gary: Después de todo, supongo que soy verdaderamente capaz, pero sigo detestando el hecho de ponerme tan tenso.

Terapeuta: Desde luego, y trabajaremos sobre esto. Pero el punto clave es que estar tenso no necesariamente significa que sea incompetente. Ahora bien, otro lugar en el que usted se siento tenso y cree ser incompetente es en las situaciones sociales. Veamos si en este caso es tan incompetente como se siente.

En cuanto Gary admitió que su capacidad para desenvolverse en las situaciones estresantes a pesar de su tensión y ansiedad era en realidad un signo de competencia, y no de incompetencia, aumentó sustancialmente su sentido de ser alguien capaz. Entonces se redujo su actitud defensiva y estuvo más dispuesto a revelar pensamientos y sentimientos, a examinar críticamente sus creencias y supuestos y a poner a prueba nuevos enfoques de situaciones problema. Esto hizo posible aplicar técnicas cognitivas estándar con mayor eficacia.

Otra serie de intervenciones particularmente eficaces consistió en usar la técnica del continuo para cuestionar la concepción dicotómica que Gary tenía de la confiabilidad; después se introdujo la idea de que podía aprender qué personas serían probablemente dignas de confianza tomando nota de su coherencia en cuestiones triviales, y se planteó la cuestión de si toda la gente era en realidad como su familia, verdaderamente mala. Después de esto, Gary pudo ir poniendo a prueba su concepción negativa de las intenciones de los demás, confiando en compañeros de trabajo y conocidos en cuestiones de poca importancia, y observando su modo de actuar. Le sorprendió gratamente descubrir que el mundo en general era mucho menos malo de lo que él suponía, que también había personas benévolas o indiferentes, y que cuando él era objeto de un mal trato podía salir bien parado.

Cuando se sondea la percepción de los demás como malos, es importante no presuponer que está distorsionada. A menudo ocurre que los paranoides han tenido relaciones con personas malintencionadas o han tenido serios incidentes con algunos conocidos o compañeros de trabajo. El objetivo es permitirle al cliente diferenciar entre las personas en quienes se puede confiar en general, las personas en quienes se puede confiar en alguna medida y las personas malintencionadas o que no merecen confianza, de modo que deje de presuponer sencillamente que todo el mundo es malo. También puede ser importante considerar la incidencia de los allegados sobre las creencias del cliente. No es infrecuente que los individuos paranoides se casen con personas que también lo son. Cuando éste es el caso, el cónyuge puede oponerse activamente a los cambios que el terapeuta intenta lograr, y quizá se requieran sesiones en pareja.

Junto con las intervenciones primordialmente cognitivas, es importante trabajar en la modificación de las interacciones interpersonales disfuncionales del cliente, de modo que éste deje de provocar reacciones hostiles que acaban confirmando sus propias ideas paranoides. En el caso de Gary, esto exigía centrarse en las situaciones problema específicas a medida que surgían. Resultó importante abordar las cogniciones que bloqueaban una autoafirmación apropiada, incluso «No va a ser nada bueno», «Se van a enojar», «Si saben lo que quiero, lo utilizarán en mi contra». También fue necesario trabajar para mejorar su asertividad y su capacidad para comunicarse claramente, por medio del entrenamiento asertivo. Cuando se produjo una mejoría en sus relaciones con los compañeros y con su novia, resultó muy fácil emplear el descubrimiento guiado para ayudarle a reconocer los modos como su anterior estilo de interacción había provocado inadvertidamente la hostilidad de los demás.

Terapeuta: Parecería que hablar con franqueza le ha dado resultados. ¿Qué sienten las otras personas al respecto?

Gary: Creo que les gusta. Sue y yo lo estamos pasando muy bien, y las cosas

parecen menos tensas en el trabajo.

Terapeuta: Esto es interesante. Recuerdo que una de sus preocupaciones era que la gente podría enojarse si usted hablaba con franqueza. En cambio, parece haber contribuido a mejorar las cosas.

Gary: Bien, tuve algunas discusiones, pero pasaron en seguida.

Terapeuta: Aquí hay un cambio en el modo como solían ser las cosas. Antes, si usted discutía con alguien, quedaba perturbado por mucho tiempo. ¿Tiene alguna idea de por qué ahora es diferente?

Gary: En realidad no. No sigo pensando tanto en lo mismo.

Terapeuta: ¿Podría contarme una de las discusiones que tuvo esta semana?

(El terapeuta y Gary examinaron detalladamente un desacuerdo con el jefe).

Terapeuta: Parecería que dos cosas cambiaron en su modo de manejar este tipo de situaciones: usted siguió conversando, en lugar de irse enojado, y le dijo a su jefe qué era lo que le fastidiaba. ¿Cree que esto tiene algo que ver con el hecho de que el malestar se le pasa más rápido que antes?

Gary: Podría ser.

Terapeuta: En muchas personas se producen esa clase de resultados. Si para usted funciona, ésa sería una recompensa más del hecho de hablar con franqueza. Si le conceden lo que usted quiere no hay ningún problema; en caso contrario, por lo menos se olvida más pronto. ¿Recuerda lo que solía sentir después de dejar un desacuerdo sin resolver?

Gary: Pensaba en lo mismo durante días. Me sentía tenso e impaciente; me enfadaba mucho por cualquier cosa.

Terapeuta: ¿Qué cree usted que ocurría con sus compañeros de trabajo?

Gary: También ellos quedaban tensos e inquietos. No nos hablábamos durante un tiempo.

Terapeuta: Es fácil que un pequeño error o malentendido provoque otro desacuerdo.

Gary: Creo que tiene razón.

Terapeuta: ¿Sabe?, parece muy razonable que una persona suponga que el modo de tener la menor tensión y el menor conflicto posibles consiste en no hablar francamente sobre las cosas que la fastidian y en tratar de ocultar su malestar, pero se diría que a usted no le da resultado. Hasta ahora, cuando habla con franqueza sobre lo que le molesta se producen menos conflictos, y los que de todas maneras surgen, pasan más rápido.

Gary: Sí.

Terapeuta: ¿Cree que sus esfuerzos por no irritar a la gente en realidad hacían que las cosas se pusieran más tensas?

Gary: Parecería que sí.

Hacia el final de la terapia es posible «sintonizar con más fineza» la nueva perspectiva que el cliente tiene de las personas y sus nuevas aptitudes interpersonales, ayudándole a desarrollar capacidad para comprender el modo de ver de los demás y empatizar con ellos. Esto se puede hacer formulando preguntas que requieran que el cliente prevea el efecto de sus acciones sobre los demás y considere lo que sentiría él si los roles se invirtieran o infiera los sentimientos y pensamientos de otras personas a partir de sus acciones, para examinar ulteriormente la correspondencia entre esas conclusiones y los datos a su alcance. Es probable que al principio el cliente encuentre esos interrogantes difíciles de responder y que a menudo se equivoque, pero a medida que reciba retroalimentación del terapeuta y de las interacciones siguientes, aumentará su capacidad para comprender el modo de ver de otras personas. El cliente descubre que las acciones irritantes de los demás no están necesariamente motivadas por malas intenciones, y que esas acciones exasperan menos si se puede comprender el punto de vista del otro.

Al final de la terapia, Gary estaba notablemente más distendido, y los síntomas de estrés y ansiedad sólo lo molestaban de vez en cuando, en ocasiones en que es común que aparezcan perturbaciones leves, como inmediatamente antes de exámenes importantes. Dijo sentirse mucho más cómodo con amigos y compañeros de trabajo; estaba llevando una vida social más activa y no parecía experimentar ninguna necesidad particular de mantenerse alerta. Cuando él y su novia empezaron a tener dificultades, debidas en parte al malestar de la joven por la creciente intimidad de la relación, él pudo contener sus sentimientos iniciales de rechazo y su deseo de castigarla, por lo menos lo bastante como para considerar el punto de vista de ella. Después pudo asumir un papel importante en la resolución de los conflictos de la pareja, comunicando la comprensión que tenía de las preocupaciones de su amiga («después de todo, sé por lo que has pasado, porque empezar a hablar de matrimonio asusta»), reconociendo sus propios temores y dudas («también a mí me pone muy nervioso»), y expresando su compromiso con la relación («no quiero que esto nos separe»).

Conclusiones

El enfoque de la intervención que acabamos de bosquejar no difiere radicalmente del propuesto por Colby y otros (1979) o delineado por Turkat (Turkat, 1985; Turkat y Maisto, 1985). En gran medida, las ideas paranoides del cliente no están en el centro de atención principal de la terapia. En lugar de ello se aplican intervenciones cognitivo-conductuales estándar para abordar sus otros problemas. Lo que distingue al enfoque presentado en este capítulo de los otros enfoques cognitivo-conductuales es una atención explícita al desarrollo de la relación entre terapeuta y cliente, el énfasis en el trabajo dirigido a mejorar en el paciente su sensación de eficiencia desde los inicios de la terapia y el empleo de técnicas cognitivas y experimentos conductuales para cuestionar directamente las creencias paranoides que subsisten en el cliente hacia el final de la terapia. De acuerdo con nuestra experiencia, lo típico es que esta estrategia muy pronto facilite otras intervenciones y produzca mejoría en la sintomatología paranoide, pues la sensación de una capacidad acrecentada reduce la necesidad de estar alerta.

Si bien no hay datos empíricos sobre la eficacia de la terapia cognitiva del TPP, tanto nuestra propia experiencia clínica como los casos comunicados por Turkat y sus colaboradores resultan totalmente alentadores. Las intervenciones que se recomiendan son hacer que el cliente se sienta más capaz, mejorar sus aptitudes para el control de la ansiedad y los problemas interpersonales, desarrollar percepciones más realistas de las intenciones y acciones de los otros y acrecentar la comprensión de los puntos de vista de los demás. Todos estos factores conducen a cambios de los que se puede esperar un efecto intrapersonal e interpersonal muy amplio. Parece que como resultado de la terapia cognitiva con estos clientes puede producirse un importante «cambio de personalidad». Pero en este punto no se cuenta con datos sobre la medida en que las mejorías logradas en la terapia se generalizan y persisten.

Los esfuerzos tendientes a desarrollar conceptualizaciones válidas y enfoques de tratamiento eficaces para los TPP se han visto obstaculizados por la falta de investigaciones empíricas sobre los sujetos paranoides no psicóticos. En parte, la falta de investigación empírica se ha debido a la dificultad de reunir muestras de tales individuos. Turkat y sus colaboradores (Thompson-Pope y Turkat, en prensa; Turkat y Banks, 1987) están intentando superar este problema mediante la identificación de los sujetos adecuados entre los estudiantes no graduados de los cursos introductorios de psicología. Sus descubrimientos iniciales indican que es posible detectar un pequeño subgrupo de sujetos con «personalidad paranoide», similares a los individuos con TPP en tanto que permanecen vigilantes, son observadores agudos que llegan con rapidez a conclusiones definidas en situaciones ambiguas y a menudo tienen una gran sensibilidad, pero también son proclives a sospechar que las otras personas les engañan y además comunican pensamientos y experiencias paranoides. Si los estudios ulteriores demuestran que es válido generalizar los hallazgos

realizados con sujetos de «personalidad paranoide» a los individuos con TPP, esto facilitará enormemente la investigación del trastorno.

CAPÍTULO 7

LOS TRASTORNOS ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

EL TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Hay dos rasgos muy notorios en el trastorno esquizoide de la personalidad: la falta de relaciones interpersonales y la falta de deseo de tenerlas. Los otros son vistos como intrusivos y no gratificantes, las relaciones se consideran un desorden indeseable. En consecuencia, estos individuos suelen ser descritos como retraídos, recluidos, aislados. Además responden muy poco (sea negativa o positivamente) a la retroalimentación por parte de otros. Como podía esperarse, dicen esperar poca satisfacción en las relaciones.

Los esquizoides tienen un ámbito afectivo restringido y no dan muestras de reacciones emocionales fuertes, positivas o negativas. Millón (1981) dice que son incapaces de reconocer las emociones sutiles, en sí mismos o en los demás. Como resultado, suelen parecer y sentirse indiferentes. Para muchos de estos individuos, la vida, en el mejor de los casos, es una experiencia abrumadora.

Aunque las personas esquizoides pueden ser productivas, estructuran su vida para limitar las interacciones con los demás y lo típico es que elijan una ocupación que requiera un contacto social mínimo. Además tienen intereses solitarios, incluso fuera del ambiente de trabajo.

Introducción

El diagnóstico del trastorno esquizoide de la personalidad es probablemente uno de los más confusos entre los del Eje II. El concepto o rótulo «esquizoide» representa una categoría diagnóstica que ha estado en transición durante casi cien años, después de haberse originado en la Clínica Burgholzi, en Suiza, con el trabajo de Manfred Bleuler (Siever, 1981). La palabra está compuesta por el prefijo «esquizo», que en griego significa «hendidura» o «escisión», y el sufijo «oide», que indica semejanza o tipo. Tradicionalmente, el esquizoide es un individuo tranquilo, tímido, reservado y por lo general retraído en sociedad. Otros sostienen que la conducta esquizoide indica vulnerabilidad crónica a un proceso esquizofrénico que puede estar determinado genéticamente, o bien un estado parcial de recuperación de la esquizofrenia. Siever (1981) utiliza la definición tradicional cuando afirma que el trastorno esquizoide de la personalidad se asemeja a la «división, separación o escisión de la personalidad característica de la esquizofrenia» (pág. 563).

De hecho, la personalidad esquizoide puede ser muy creativa en ocupaciones que permiten el trabajo solitario. Lo más frecuente es que el esquizoide se dedique a tareas simples que están por debajo de su capacidad. Algunos de los primeros estudios sobre el tema examinaron la adaptación premórbida de los esquizofrénicos y encontraron que una alteración esquizoide premórbida podía relacionarse desde un punto de vista pronóstico con la severidad de la enfermedad esquizofrénica y con una baja probabilidad de un desenlace favorable, aunque no era necesariamente precursor de esquizofrenia. (Frazee, 1953; Gittelman-Klein y Klein, 1969; Longabaugh y Eldred, 1973; Mellsop, 1972, 1973; Morris, Soroker y Burrus, 1954; Roff, Knight y Wertheim, 1976).

En esta perspectiva histórica de un vínculo teórico con la esquizofrenia, la concepción de los trastornos esquizoides de la personalidad presentada en las últimas tres ediciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* difiere notablemente de las concepciones anteriores. El trastorno esquizoide de la personalidad en el DSM-I (APA, 1952) incluía los diagnósticos de trastorno esquizoide, esquizotípico y por evitación. Para el trastorno esquizoide de la personalidad no se prevé ahora que desemboque en la esquizofrenia; más bien se ve al esquizoide como un paciente crónico aislado y recluido. Tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R, el diagnóstico esquizoide aparece separado de otro grupo diagnóstico, el del trastorno esquizotípico de la personalidad, que se considera más relacionado con los trastornos esquizofrénicos (Barón, 1981; McGlashan, 1985; Siever, 1981) y que examinaremos más adelante en este capítulo.

En el DSM-II (APA, 1968), el trastorno esquizoide de la personalidad era definido como sigue:

> Esta pauta de conducta se pone de manifiesto con timidez, hipersensibilidad, repliegue, evitación de las relaciones estrechas o competitivas, y a menudo excentricidad. Es común el pensamiento autista sin pérdida de la capacidad

para reconocer la realidad, lo mismo que el fantaseo diurno y la incapacidad para expresar la hostilidad y los sentimientos agresivos corrientes. Estos pacientes reaccionan a las experiencias y conflictos perturbadores con un aparente distanciamiento (pág. 42).

En el DSM-III (APA, 1980) y, más recientemente, en el DSM-III-R (APA, 1987) se han ampliado los criterios diagnósticos (tabla 7.1). Los temas básicos de la restricción emocional, el distanciamiento y la falta de deseo de establecer relaciones siguen siendo los elementos fundamentales del desorden. Si bien ha habido amplias reflexiones sobre la naturaleza del individuo esquizoide, este grupo ha sido objeto de pocas investigaciones clínicas (Freeman, 1988a,b; Freeman y Leaf, 1989; Millón, 1981), lo cual no sorprende, en vista de la renuencia del esquizoide a buscar tratamiento.

El vínculo entre los trastornos esquizoide y esquizotípico aún puede verse en el DSM-III-R: los dos incluyen el aislamiento social y a menudo el afecto restringido. No obstante, el sello de la personalidad esquizoide es un estilo introvertido y la ausencia de deseo de relaciones. El trastorno esquizotípico de la personalidad, que es más grave, queda mejor caracterizado por peculiaridades persistentes de la cognición, la conducta y la percepción, demasiado leves como para permitir un diagnóstico de esquizofrenia.

TABLA 7.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno esquizoide de la personalidad***

A. Una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una gama restringida de experiencia y expresión emocionales, iniciada en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos, indicada por al menos *cuatro* de los rasgos siguientes:

1. No desea ni disfruta con las relaciones estrechas, entre ellas las familiares.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Pocas veces o nunca dice que experimenta o parece experimentar emociones fuertes como la cólera o la alegría.
4. Indica poco o ningún deseo de tener experiencias sexuales con otra persona (la edad debe ser tenida en cuenta).
5. Es indiferente al elogio y la crítica de los otros.
6. No tiene amigos íntimos o confidentes (o tiene a lo sumo uno) que no sean parientes de primer grado.
7. Presenta afectos restringidos; por ejemplo, es distante, frío, pocas veces responde en reciprocidad a gestos o a expresiones faciales como la sonrisa o la inclinación de cabeza. B. El trastorno no aparece exclusivamente en el

curso de la esquizofrenia O de un trastorno delirante.

Perspectiva histórica y teórica

Como ya se ha observado, el término «esquizoide» fue empleado por primera vez por Bleuler (1924), en referencia a la persona «encerrada», suspicaz, apagada, que dirigía su energía hacia adentro, en lugar de hacerlo hacia el mundo exterior. Esta persona presentaba también retraimiento social y pensamiento peculiar, aunque no era abiertamente psicótica (Siever y Gunderson, 1983). Unos años antes, Hoch (1909) también había descrito una personalidad «encerrada» que precedía a la demencia precoz. Las personalidades premórbidas de estos individuos se caracterizaban por retraimiento, timidez, obstinación y una fantasía muy viva. Más tarde, Hoch y Polatin (1939) describieron a este grupo de sujetos no psicóticos predispuestos a desarrollar una esquizofrenia como «esquizofrénicos pseudoneuróticos». Nannarello (1953) dice que el término fue popularizado más tarde por Kretschmer (1925), quien describió la «debilidad afectiva» de dos tipos de personalidad esquizoide: la «hiperestésica» y la «anestésica». Según Kretschmer, el esquizoide anestésico era apagado, insulso, tranquilo, reservado, y presentaba poco o nada de afecto o interés. En cambio, los individuos hiperestésicos eran tímidos y sensibles a los estímulos externos, que hacían lo posible por evitar. A juicio de ese autor, un diagnóstico de esquizoide no necesariamente suponía incapacidad. Millón (1981) dice que, en la terminología actual, el hiperestésico sería el evitador, y el anestésico, el esquizoide.

Como lo han observado Siever y Gunderson (1983), el término «esquizoide» amplió su significado original para incluir en general a individuos que evitan las relaciones sociales y también tienden a ser excéntricos. El empleo ampliado de la palabra debilitó su significado original de forma no psicótica de la esquizofrenia. No obstante, en 1953 Rado acuñó el término «esquizotípico», como abreviatura de «genotipo esquizofrénico», para designar a individuos en los que él veía un nexo genético con la esquizofrenia, pero que no presentaban conducta psicótica. La descripción por Rado de la persona esquizotípica incluía rasgos tales como anhedonia, afecto restringido, deterioro de la empatía y dependencia. Rado quería identificar una forma no psicótica de la esquizofrenia pero, exceptuando la dependencia, los rasgos que enumera también aparecen entre los criterios

diagnósticos actuales del trastorno esquizoide de la personalidad.

Meehl (1962) describió más tarde un tipo de personalidad similar a la esquizotípica, que también a su juicio tenía una similitud genética con la esquizofrenia. Características de este grupo eran el deterioro cognitivo, el retraimiento social, la anhedonia y la ambivalencia. Este tipo de personalidad tendía a presentar un nivel bajo de ajuste, pero las excentricidades del pensamiento, la conducta y el afecto no constituían componentes clave, ajuicio de Meehl. Kety, Rosenthal, Wender y Schulsinger (1968) describieron la «esquizofrenia límite», también similar al trastorno esquizotípico de la personalidad, como un trastorno no psicótico de la personalidad que incluye distorsiones cognitivas, anhedonia, afecto restringido y habilidades interpersonales pobres. Siever y Gunderson (1983) observan que este tipo de personalidad se caracteriza por sus relaciones interpersonales pobres, más que por presentar primariamente aislamiento y aversión sociales (congruentes con los diagnósticos actuales de trastorno esquizoide y por evitación).

Coherentemente con la falta de claridad y con el cambio en la concepción de estos trastornos a lo largo de los años, también ha variado su denominación diagnóstica. En el DSM-I, la personalidad esquizoide aparecía caracterizada por la evitación de las relaciones con los otros, la incapacidad para expresar hostilidad o sentimientos agresivos y el pensamiento autista. Esa descripción de una personalidad fría, emocionalmente distanciada y temerosa, que podía presentar alguna excentricidad, parece combinar los actuales diagnósticos de los trastornos esquizoide, por evitación y esquizotípico. Sólo a partir del DSM-III hallamos una separación de estos cuadros. En el desarrollo de los nuevos criterios, Millón (1969) subrayó la distinción entre dos tipos de personalidad. Los rotuló como «evitativo pasivo» y «desconectado activo», o «asocial» y «evitador», en correspondencia con nuestros diagnósticos actuales de esquizoide y evitativo, respectivamente (Millón, 1981). Aunque la palabra «esquizoide» ha tenido una historia confusa, el grupo subsistió con el rótulo de «asocial». Se pretendía diferenciarlo del trastorno antisocial de la personalidad. La pauta esquizotípica, también incluida en las descripciones del DSM-I y el DSM-II de la personalidad esquizoide, fue singularizada como un tipo distinto de personalidad. Se trazó asimismo una diferenciación adicional entre los tipos de personalidad esquizotípico y límite (Spitzer, Endicott y Gibbon, 1979).

Si bien los primeros teóricos del tema, como Bleuler y Kretschmer, creían que las personalidades de tipo esquizoide resultaban de problemas constitucionales, los teóricos ulteriores del psicoanálisis formularon la hipótesis de que la estructura caracterología esquizoide resulta de relaciones muy perturbadas entre madre e hijo. Según la concepción psicoanalítica, como consecuencia de esas perturbaciones tempranas el individuo esquizoide desarrolló una estructura defensiva primaria que consiste en rehuir los intercambios personales a causa de una incapacidad para dar o recibir amor. Además se considera que este tipo de paciente es tan vulnerable al rechazo que reprime el valor de las relaciones interpersonales (Arieti, 1955). Según

Fairbairn (1940), de esas relaciones insatisfactorias con la madre resultaban la despersonalización y un *self* artificial, con represión de los sentimientos. El esquizoide era incapaz de experimentar amor e intimidad. Klein (1952) consideró que un proceso esquizoide constituía un estado del desarrollo, por el que pasa todo niño. En dicho estadio se escinden los impulsos orales y sádicos, experimentados como peligrosos, y se proyectan sobre el adulto que cuida del niño, percibido como un ser temible. Para hacer frente a la ansiedad que así se suscita, se desarrollan diversas defensas. El adulto esquizoide, conservando algunas de esas defensas tempranas, mantiene la distancia interpersonal debido a la ansiedad que le provocan los contactos interpersonales. Guntrip (1969) también describió una detención del desarrollo en las etapas tempranas de la vida, cuando los niños se repliegan a causa de relaciones insatisfactorias con la madre. Estos individuos desarrollan después un miedo primitivo a ser engullidos, a ser tragados por el cuidador. De allí resulta su estilo interpersonal distante y desapegado, como defensa contra el terror y la cólera subyacentes.

Los teóricos psicoanalíticos consideran que, además de la distancia interpersonal, también el estilo desapegado, «de observador», propio del esquizoide, es una defensa relacionada con estos procesos. Según Deutsch (1942), se desarrolla una personalidad «como si» que no experimenta emociones. Desde fuera se ve la vida del esquizoide «como si» fuera completa, pero un análisis más atento revela la ausencia de respuesta emocional.

En contraste con los complejos mecanismos intrapsíquicos postulados por los psicoanalistas, Millón (1981) sostiene que la personalidad esquizoide presenta una estructura defensiva relativamente simple. Cree que al esquizoide le falta la capacidad para establecer relaciones y experimentar afectos. Como resultado de esta insensibilidad a las relaciones interpersonales y al estrés emocional, no hay gran necesidad de desarrollar defensas complicadas.

Características

No sorprende que los individuos con un trastorno esquizoide de la personalidad se consideren más bien observadores que participantes en el mundo que les rodea. Se ven como solitarios autosuficientes. Los otros suelen considerarlos apagados, anodinos, carentes de sentido del humor. De hecho, es frecuente que se los ignore, pues la gente responde con indiferencia a su ausencia de respuesta.

Los esquizoides tienen un estilo cognitivo caracterizado por la vaguedad y la pobreza de pensamientos, así como por un «registro perceptual deficiente» (Millón, 1981), que pasa por alto los detalles sutiles de la vida, y al que ya nos hemos referido. Ese estilo cognitivo refuerza la falta de respuesta emocional, puesto que no se perciben los indicios que suscitan afecto, y por lo tanto no es probable que generen emociones. El esquizoide por lo general no tiene capacidad de respuesta, la tiene en grado mínimo o sólo responde en términos intelectuales a los estímulos que en otros sujetos provocan placer, cólera, tristeza o ansiedad. Estos pacientes comentan a menudo que no ignoran que otras personas responden de determinada manera a ciertos estímulos, pero ellos no pueden hacerlo del mismo modo o en la misma medida.

Además de este estilo cognitivo, los esquizoides también presentan una típica pauta conductual, que incluye movimientos letárgicos e inexpresivos y un lenguaje lento y monótono (Millón, 1981). A causa de la falta de participación social durante toda su vida, el esquizoide suele tener habilidades sociales pobres. Esa falta de habilidades se convierte en parte de un ciclo continuo de retroalimentación. Cuando el esquizoide realiza uno de sus escasos intentos de interacción o conexión sociales, su falta de aptitud lo predispone al fracaso, después del cual renuncia a todo esfuerzo por establecer contacto, o se retrae aún más.

Lo típico es que el individuo esquizoide no recurra a la terapia para tratar su falta de contacto. El inicio de la relación terapéutica se basa en un problema del Eje I. Para realizar un diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad, el clínico debe tener presentes las conductas típicas en la situación de entrevista. Primero, el paciente aparece distante y frío, con poco despliegue afectivo. Es probable que sólo hable para responder, que muestre tener poca información, que mire poco a los ojos y que en general parezca incómodo en la situación (Livesley, 1986). Como esas observaciones también se aplican a otros trastornos, para el diagnóstico final se necesitan los datos de la entrevista y la información proporcionada por el paciente sobre sí mismo. El esquizoide dirá que no tiene amigos íntimos o confidentes, y poco o ningún deseo de experiencias sexuales.

Por ejemplo, Sam, un contable de 65 años, recurrió a la terapia a causa de su ansiedad. Tenía una amiga de 60 años con la que se veía los fines de semana. Él la llamaba el jueves para concertar la cita, y se encontraban el sábado. Pasaba a buscarla, iban a cenar, a ver una película, y después volvía a casa de ella, donde tenían relaciones sexuales. Cuando a veces la mujer le pedía que se quedara hasta el domingo, él preguntaba: «¿Para qué?». Según le dijo al terapeuta, Sam creía tener todo el sexo que «necesitaba». Como le parecía necesitar sexo sólo una vez por semana, no veía para qué debía quedarse más con su amante. Esta se quejaba de que durante la relación sexual él no se quitaba la camisa. Sam contestaba que sus órganos sexuales quedaban bien expuestos, con lo cual él tenía todo el contacto físico que deseaba. En diversas ocasiones habían salido juntos de vacaciones, durante períodos

de hasta una semana. Sam dijo que en unas vacaciones de 4 días, habían tenido relaciones sexuales diarias. A la vuelta, no la visitó durante un mes.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico es necesario diferenciar el trastorno esquizoide del trastorno por evitación. Aunque en ninguno de estos dos trastornos el paciente dice tener amigos íntimos y en ambos parece retraído, entre uno y otro existen diferencias. La distinción es obvia, porque los individuos con un trastorno de la personalidad por evitación desean relaciones interpersonales, aunque las evitan por temor a la crítica y la desaprobación. Los evitativos tienen una conciencia muy aguda de la crítica, pero los esquizoides suelen sostener que son indiferentes tanto a la crítica como al elogio, y por lo tanto pocas veces se enojan, aunque caractericen algunas situaciones como «injustas».

Hay que trazar otra distinción entre el trastorno esquizoide y el esquizotípico. De nuevo tenemos una semejanza y también una diferencia esencial que permite distinguirlos. Estos dos trastornos se parecen por el estilo de vida aislado y la debilidad de los afectos. Pero el esquizotípico (como se verá *infra* en este capítulo) presenta un lenguaje y una conducta excéntricos, y manifiesta cogniciones peculiares. Además, el típico estilo aislado del individuo esquizotípico suele deberse a la ansiedad y la inadecuación sociales, mientras que el aislamiento del esquizoide se debe a la falta de deseo.

El planteamiento conceptual terapéutico cognitivo

El primer paso consiste en identificar los pensamientos automáticos que caracterizan el trastorno. Si bien el planteamiento terapéutico cognitivo de los otros trastornos de la personalidad se centra en los tipos de pensamientos automáticos del paciente, en el

trastorno esquizoide los pensamientos automáticos son por lo general escasos. No es fácil que el esquizoide llegue a identificar alguno. Como las emociones están vinculadas a los pensamientos, y los esquizoides tienen emociones limitadas, es lógico que comuniquen menos pensamientos que los individuos con otros trastornos de la personalidad. Además las situaciones que típicamente catalizan el pensamiento disfuncional de los otros pacientes (por ejemplo recibir retroalimentación) no parecen afectar al esquizoide.

Los pocos pensamientos automáticos que llegan a identificarse reflejan pobreza de pensamiento y apatía. Se necesita un hecho dramático para que surjan pensamientos negativos, e incluso entonces es probable que éstos sean de autodesaprobación (por ejemplo, «soy un paria»), más que de preocupación por lo que piensan los demás. Lo típico es que los pensamientos automáticos habituales del esquizoide se centren en su preferencia por la soledad y en su percepción de sí mismo como un observador desapegado de la vida. En la tabla 7.2 presentamos algunos pensamientos automáticos típicos de este trastorno.

TABLA 7.2. ***Algunos pensamientos automáticos típicos del trastorno esquizoide de la personalidad***

- Más vale que lo haga yo mismo.
- Prefiero estar solo.
- No tengo ninguna motivación.
- Me limito a dejarme llevar.
- ¿Por qué preocuparse?
- ¿Qué me importa?

Las actitudes, creencias y supuestos subyacentes pueden inferirse a partir de los pensamientos automáticos y de su falta. También por esta vía resultan claros los temas del aislamiento y desapego. Aunque el esquizoide puede sentirse cómodo con su vida, es claro que opera de un modo diferente del de la mayoría de la gente. Un paciente esquizoide dijo que no sentía atracción por nada ni tenía intereses sociales. Como era muy inteligente, creía poder aprender las conductas socialmente apropiadas, pero no tenía ningún deseo de hacerlo. Reconocía que sus intereses solitarios eran atípicos. Aunque esa situación no le molestaba, a veces llegaba a la conclusión de que era un inadaptado. Esta idea de ser un inadaptado social o un individuo deficiente es una creencia común de los esquizoides, y suele activarse cuando se pone de manifiesto lo diferentes que son de los demás. Esa percepción surge de la observación directa de las personas, de una película o programa de televisión, o de lecturas que se centran en las relaciones interpersonales. Pero la idea

de que se es diferente no siempre genera afectos negativos. En el sistema de creencias esquizoide, las otras personas y sus respuestas carecen de importancia y suelen pasar inadvertidas. Estas creencias no se ponen de manifiesto de una manera hostil, sino al estilo de un «vivir y dejar vivir». La tabla 7.3 ilustra algunas actitudes y supuestos típicos.

Acerca del desarrollo de la personalidad esquizoide existen diversas teorías. Millón (1981) observa que se han propuesto como posibles causas la actividad automática, el déficit en la formación reticular, la aplasia congénita del sistema límbico y un déficit en los neurotransmisores. Además podrían desempeñar un papel las relaciones perturbadas con la madre o el aprendizaje social. Como en este campo son escasas las investigaciones, todas las teorías actuales siguen siendo especulativas.

Algunos estudios han abordado la gama emocional restringida de los esquizoides y su consiguiente insuficiencia para identificar las emociones de los demás. Por ejemplo, Wolff y Barlow (1979) encontraron que los niños esquizoides empleaban una cantidad inusualmente pequeña de constructos psicológicos cuando se referían al estado emocional o al carácter de las personas (una medida de la empatía). La cantidad de constructos era más pequeña que la de los utilizados por los controles normales o por controles con diagnóstico previo de autismo infantil. Chick, Waterhouse y Wolff (1980) observaron también que los adultos diagnosticados como esquizoides durante la niñez se distinguían de los controles por su empatía deteriorada, su carácter solitario y su estilo anormal de comunicación.

Aunque tradicionalmente se ha pensado que la personalidad esquizoide tiene un vínculo con la esquizofrenia, los estudios de familias no respaldan la idea de que exista esa conexión. Kety, Rosenthal, Wender y Schulsinger (1968, 1971) informaron que la «personalidad esquizoide» (por ejemplo, un estilo introvertido) no presenta una difusión importante entre los parientes de los esquizofrénicos. Stephens, Atkinson, Kay, Roth y Garside (1975) comprobaron ese resultado, al no encontrar ningún vínculo genético entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia. Otros investigadores (Watt, 1978; Woerner, Pollack, Rogalski, Pollack y Klein, 1972) han podido identificar un tipo particular de personalidad asociado con la esquizofrenia.

En este momento no está claro si la personalidad esquizoide resulta de diferencias constitucionales o del aprendizaje en las relaciones interpersonales tempranas. Sea cual fuere la causa, el efecto es un individuo al que no le interesan los demás ni experimenta emociones fuertes. La investigación para determinar la etiología de este trastorno facilitaría mucho las estrategias de tratamiento.

Trastornos asociados de Eje I

A causa de su falta de sentimientos, los esquizoides tienden a experimentar pocos trastornos del Eje I. Pero la estimulación excesiva o exigua puede llevarlos a presentar ese tipo de síntomas. Por ejemplo, aunque por lo general se sienten cómodos con un estilo de vida distanciado, pueden deprimirse cuando se dan cuenta de que son anormales y que no se adecúan a la sociedad.

TABLA 7.3. ***Actitudes y supuestos típicos del trastorno esquizoide de la personalidad***

- Las relaciones son problemáticas.
- La vida es menos complicada sin otras personas.
- Las relaciones humanas no valen la pena.
- Me conviene mantenerme a distancia y no llamar la atención.
- Estoy vacío por dentro.
- Soy un inadaptado.
- La vida es insípida e insatisfactoria.
- No hay nada que sea siempre estimulante e interesante.
- Una persona es un objeto reemplazable.

No desean verdaderamente la proximidad o intimidad con los demás, pero creen deber luchar por un estilo de vida más convencional. Quizá se cansen de «estar afuera, mirando por la ventana». Además, su creencia de que la vida carece de sentido y utilidad puede exacerbar su depresión.

Las personalidades esquizoides son proclives a padecer trastornos por ansiedad cuando las situaciones exigen interacción social. Aunque lo típico es que sean impermeables a la interacción con los demás, puede abrumarlos un contacto social que ellos consideran excesivo. La despersonalización puede ser consecuencia de que lleven una existencia marginal, y también de la sensación de estar aislados y emocionalmente desconectados. En estos casos, el esquizoide experimenta una sensación distorsionada de sí mismo y lo que le rodea. Es posible que diga que se siente «como un robot» o que «atraviesa la vida en un sueño».

El excesivo retraimiento social suele llevar a una exacerbación de la fantasía, con menores oportunidades de poner a prueba la realidad con los otros. En estas circunstancias, el individuo esquizoide puede experimentar breves episodios psicóticos, caracterizados por un estilo letárgico, congruente con los otros rasgos de la personalidad. Millón (1981) observa además que, como reacción a la percepción

que tiene el esquizoide de su existencia carente de sentido, se pueden producir breves episodios maníacos.

Estrategias y técnicas clínicas

El trastorno esquizoide de la personalidad representa un arduo desafío para el terapeuta, porque lo típico es que el paciente entre en tratamiento a causa de un trastorno del Eje I y en gran medida carezca de motivaciones para modificar las características de su personalidad. El terapeuta tiene que llegar a un equilibrio, tratando los problemas primarios del paciente mientras se gana su cooperación para la tarea de modificar pautas disfuncionales más duraderas. Es importante señalar que, si bien muchas de las pautas duraderas del esquizoide son la antítesis del estilo de vida de los otros, para el propio sujeto no todas sus pautas son disfuncionales. Por ejemplo, la mayoría de las personas desean tener relaciones con otros, pero el esquizoide no, y la falta de relaciones no provoca en él ningún efecto nocivo; para él, no tratar de establecer una red social amplia es una elección razonable.

Cuando el aislamiento es extremo y disfuncional, la estrategia primaria en el tratamiento del esquizoide consiste en reducir ese aislamiento y en crearle un sentido de intimidad con los otros. Al principio, sólo la relación con el terapeuta genera un mayor sentido de conexión social, pero a continuación esto permite realzar el valor de las relaciones. Terapeuta y paciente examinan el papel funcional y disfuncional del aislamiento en la vida del paciente. Ese análisis permite motivar al esquizoide para que se cree una red social. Si un esquizoide está de acuerdo en trabajar para relacionarse con los otros, una primera estrategia consiste en ayudarle a encontrar relaciones que en alguna medida lo refuercen. En tal sentido puede ser útil empezar de modo que el paciente se muestre a los demás de forma limitada, para lo cual resulta particularmente adecuada la terapia de grupo. En ese encuadre se tiene fácil acceso a la retroalimentación de los otros sobre la interacción social; de hecho, esa retroalimentación puede ser un objetivo central del grupo. Además, en la terapia grupal un esquizoide puede tener la experiencia de encontrarse regularmente con gente que se interesa por él. En un grupo cada paciente puede revelar algún elemento de información sobre sí mismo, y después realizar un comentario sobre otro miembro. Cuando el paciente ya se siente más cómodo en la interacción social, el terapeuta o el grupo pueden simular reacciones positivas, negativas o neutras para ellos. Entonces se le pude enseñar al esquizoide a responder a las diversas formas de

retroalimentación social.

Una vinculación social acrecentada puede ser una meta del tratamiento en la que coincidan el terapeuta y el esquizoide en algún momento de la terapia, pero al principio es importante abordar los problemas y síntomas que llevaron al paciente al consultorio. Cuando se alivia el síntoma, es posible que el esquizoide dé por terminado el tratamiento y no desee trabajar sobre cuestiones interpersonales. Si la experiencia terapéutica ha sido gratificante, el terapeuta es un recurso con el que se cuenta por si en el futuro aparecen más dificultades.

En el marco de la terapia cognitiva, varias técnicas específicas pueden ser útiles para trabajar con el trastorno esquizoide de la personalidad. El «registro de pensamientos disfuncionales» sirve no sólo para refutar los pensamientos automáticos disfuncionales, sino también para educar al paciente en la identificación de las diversas emociones y sus sutiles gradaciones de intensidad. Al principio el terapeuta puede proporcionarle una lista de emociones, positivas y negativas, sobre una escala de intensidades, lo que le permite al paciente esquizoide tenerlas en cuenta (lo típico es que no advierta sus propios sentimientos). El registro de pensamientos disfuncionales también proporciona indicaciones acerca de la reacción de los demás cuando interactúan con el paciente. Sobre esta base es posible aportar al esquizoide retroalimentación acerca del posible estado emocional de las personas con las que trata, aumentando así su capacidad para la empatía. Además se puede discutir la adecuación o inadecuación de las respuestas del paciente, y generar otras alternativas. Pero la enseñanza de aptitudes sociales se realiza mejor por medio de intervenciones más directas, tales como la dramatización, la exposición en vivo y las tareas para realizar en casa. Después de evaluar el nivel de las aptitudes sociales del paciente, éste y el terapeuta pueden establecer en colaboración una jerarquía de metas de interacción social que el paciente quiere alcanzar.

Otra estrategia general es ayudar al paciente a experimentar emociones más positivas. Como el esquizoide no presta atención a los detalles emocionales que los otros perciben e interpretan, por medio de preguntas el terapeuta le ayuda a detenerse en esos aspectos. Por ejemplo, si el paciente dice que nada le interesa, el terapeuta identifica algunos aspectos de la experiencia que sean algo agradables o interesantes. Un paciente esquizoide dijo que coleccionaba discos, pero que esa actividad ya no le producía ningún placer. Del interrogatorio más detallado surgió que conseguir un nuevo disco era todavía un hecho agradable para él, aunque una vez sumado a la colección ya no tenía interés en escucharlo. Además, como su colección era grande, le faltaban muy pocos discos. El paciente estuvo de acuerdo en que quizá podría disfrutar iniciando una colección de otro tipo de discos. También era interesante catalogar las grabaciones que ya tenía. Al paciente no se le habían ocurrido antes estas ideas porque estaba acostumbrado a ver las cosas de un modo global, no específico. Ese modo de ver generalizado en exceso también se aplicaba a las personas. En lugar de suponer «No me gusta la gente», el esquizoide puede aprender

a ser específico sobre lo que no le gusta, y quizá descubra que a pesar de todo hay cosas que le gustan en los otros.

Caso ilustrativo

Jack, un hombre de 28 años, al principio buscó tratamiento para su depresión. Vivía solo y llevaba una vida solitaria. Trabajaba, pero su tarea no le exigía interactuar con otros. Al margen del trabajo no tenía vida social; dijo no tener amigos, pocas veces salía con mujeres, y se consideraba un «solitario». Algunas mujeres se habían interesado en él, pero a él no le interesó continuar las relaciones con ellas. En su decisión de no comprometerse con otros no parecía haber ningún componente de ansiedad; simplemente no le atraía desarrollar esa parte de su vida. Para él las personas eran «reemplazables», y en ellas no encontraba nada singular. De modo típico, a su juicio las relaciones «creaban más problemas de lo que valían». Cuando no trabajaba, Jack permanecía en su casa, ocupado con computadoras o con su colección de libros antiguos.

Jack dijo que toda su vida había sido solitario. De niño disfrutaba leyendo y coleccionando sellos; pocas veces jugaba con otros chicos. Reconoció por propia iniciativa que su amor a la soledad lo hacía diferente de la mayoría de las personas. No recordaba ninguna experiencia de la niñez que pudiera hacerle preferir de adulto un estilo de vida diferente. Sus padres lo habían apoyado. Jack todavía los visitaba una vez al año; dijo que eran las únicas personas que eran para él algo especial. El paciente había sido un buen estudiante; después de la escuela secundaria cursó biología en el *college*. Al egresar consiguió trabajo como técnico de laboratorio en una institución de investigación médica. Había estado deprimido en los dos últimos meses. Sostenía que nada le interesaba, ni podía imaginar nada satisfactorio para el futuro. Esos pensamientos podían parecer típicos de todo paciente depresivo, pero Jack dijo que los había tenido incluso antes de su acceso depresivo. Cuando empezó la terapia, Jack experimentaba los siguientes síntomas:

- *Afectivos*: tristeza, desvalimiento, sentimiento de «falta de vida en su interior».
- *Fisiológicos*: perturbaciones del sueño.
- *Cognitivos*: pensamientos automáticos de que en la vida no había nada de lo que él pudiera disfrutar; imagen de sí mismo sentado solo en su departamento como

«un ermitaño».

- *Conductuales*: abandono de actividades con las que antes disfrutaba; interacción social extremadamente limitada.

El primer paso de la terapia consistió en presentarle a Jack el modelo cognitivo —esto es, el concepto de que los pensamientos y las interpretaciones que damos a nuestras experiencias influyen mucho en nuestros sentimientos acerca de ellas—. Después se le explicó lo que era un registro de pensamientos disfuncionales, y él comenzó a tomar nota de sus pensamientos automáticos. La meta inicial de Jack en la terapia era eliminar la depresión. En el comienzo dijo que no deseaba tener amigos ni relaciones sexuales. Estaba dispuesto a pensar en el desarrollo de algunos intereses, pero siempre convencido de que no podría encontrar nada que pudiera disfrutar. Su desvalimiento entorpecía su disposición a dar algunos pasos para alcanzar esas metas, de modo que fue abordado como cuestión terapéutica central. Específicamente, en las sesiones se suscitaron todos los pensamientos posibles sobre el desamparo. También se alentó a Jack a identificar los pensamientos automáticos fuera de las sesiones, cuando se sintiera desvalido. Un tema de esos pensamientos era la creencia de que ya había hecho en la vida todo lo que podía interesarle. El paciente lo puso a prueba al prestarse a realizar algunas actividades de las que antes había disfrutado. Por ejemplo, habló de una publicación de circulación privada sobre libros antiguos, y estuvo de acuerdo en volver a suscribirse. Para su sorpresa, descubrió que eso le interesaba. Al mismo tiempo, trabajó por sí mismo para contrarrestar algunos pensamientos negativos.

En cuanto a la reducción de la depresión, el progreso fue lento, y Jack sostenía dogmáticamente que nada sería satisfactorio para él a largo plazo, aunque circunstancialmente lo pareciera. El trabajo sostenido fue produciendo gradualmente una reducción de la depresión y el desamparo. La depresión era atípica, pues él no podía identificar pensamientos negativos sobre sí mismo. Incluso aceptaba su soledad. Muy pocas veces pensaba que era tan distinto de los demás que nunca «armonizaría» con ellos, pero entonces se respondía que no pretendía hacerlo. El deseo de relacionarse es sin embargo muy común, y a otros pacientes con este diagnóstico puede resultarles más difícil aceptar la idea de que los otros no valen la pena, y se consideran «raros» o «anormales». Hay que señalar que en la depresión de Jack no había ninguna preocupación por lo que los demás pensaran de él. No pensaba en cómo relacionarse, y por lo general sólo prestaba atención a las relaciones cuando alguien se entrometía en su vida de algún modo. A Jack le preocupaba más su percepción creciente de la vida como algo que no valía la pena. Contribuía a ello el hecho de que reconociera algunas sutilezas del refuerzo, y también que no siempre pudiera predecir con precisión si algo sería reforzante o no.

Al superarse la depresión, se volvió a abordar la cuestión del aislamiento social. Sorprendentemente, en este punto Jack pensó que quizá le gustaría tener una relación

con una mujer. Aunque estuvo de acuerdo en trabajar con esa meta, experimentaba una considerable ambivalencia en cuanto a iniciar realmente una relación. Por un lado pensaba que sería una situación deseable, pero por la otra que el esfuerzo no valía la pena. Como resultado de esa ambivalencia, no cumplió con las tareas encaminadas a conocer a una mujer. Había aceptado asociarse a un club para hacerlo. A diferencia de los pacientes con fobia social, a Jack no le preocupaba lo que las mujeres pensaran de él, pero sí temía llegar a aburrirse y a perder interés por ellas. Tampoco creía que una relación prolongada fuera compatible con su estilo de vida. Jack y su terapeuta se pusieron de acuerdo en considerar que la conversación social inicial sería un «mal necesario» capaz de conducir a una relación que más tarde él valoraría.

El fragmento siguiente de una sesión de terapia ilustra lo difícil que le resultaba a Jack involucrarse en una relación. No parecía tener ningún real deseo de hacerlo, pero también pensaba que quizás añadiría algo a su vida.

Terapeuta: La semana pasada dijo que pensaría en la posibilidad de relacionarse con alguna mujer en el trabajo. ¿Cómo le fue?

Jack: Hay una mujer que demostró interés, pero no consigo motivarme para seguir adelante.

Terapeuta: ¿Qué piensa de esa mujer?

Jack: Parece muy bien. No tiene nada notable.

Terapeuta: Usted ha dicho lo mismo de unas cuantas mujeres que conoció.

Jack: Bueno, la verdad es que no encuentro nada interesante o especial en una relación.

Terapeuta: ¿Qué cree que los otros valoran en las relaciones?

Jack: No tengo la menor idea… No, en realidad valoran el compañerismo, pero yo no. A veces pienso que debería valorarlo, pero no lo hago.

Terapeuta: Usted había aceptado el encargo de hablar con personas, pero parece que no cumplió. ¿Qué pensamientos automáticos tiene cuando considera el tema?

Jack: Pienso que no vale la pena. Puede ser feo, todo un lío. De hecho, todas mis relaciones son un lío. Las mujeres quieren hacerse amigas, pero yo no consigo mantener mi interés.

Terapeuta: ¿Qué sucede cuando usted prevé ese curso para la relación?

Jack: No la sigo. No puedo motivarme para mantenerla.

Terapeuta: ¿Se plantea el dilema de seguir o no seguir?

Jack: Sí; la meta parece razonable, pero cuando pienso en seguir adelante y tener una verdadera relación, la idea me resulta aversiva.

Terapeuta: Quizá sería útil tomar una decisión preliminar en un sentido u otro: intentar la relación, cuestionando los pensamientos que se oponen, o no relacionarse por ahora, suprimiendo esta meta de nuestra lista. ¿Qué cree usted?

Jack: Supongo que hay que tomar la decisión. Voy a intentarlo de nuevo.

Terapeuta: Muy bien, pero la experiencia nos dice que interferirán ciertas cogniciones y le causarán problemas, ¿no es así?

Jack: Así es.

Terapeuta: Veamos cómo podremos enfrentarnos a ellos. ¿Qué es lo primero que le pasa por la cabeza cuando piensa en invitar a alguien a salir?

Jack dijo cuáles eran los pensamientos automáticos que había que afrontar. De la interacción surgió con claridad la dificultad que tenía para interesarse por una relación.

El paciente salió con algunas mujeres que no suscitaron su interés, hasta encontrar una que hasta cierto punto le atrajo. No obstante, ella se quejaba de que Jack fuera mezquino en su participación. Jack y el terapeuta hablaron sobre la empatía y su valor para relacionarse. Jack dijo que la experiencia le confirmaba su opinión de que las relaciones son un lío desagradable. No obtenía muchas satisfacciones personales; no se retiraba, básicamente, porque se sentía obligado a hacer el intento. Le parecía improbable que siguiera en la relación si aparecían más conflictos.

En ese punto, Jack decidió dar por terminado el tratamiento. Como se había eliminado su depresión, y a veces habló espontáneamente de cosas que le satisfacían, había alcanzado su meta primaria. Además habían mejorado de modo espectacular sus habilidades sociales (aunque todavía solía ser torpe), y les reconocía un cierto valor a las relaciones. Este caso constituye una buena ilustración de la diferencia entre la idea del refuerzo que tiene el cliente y la que tienen el terapeuta o la sociedad. Una vez determinado que la evitación de las relaciones no resulta del miedo, es importante ayudar al esquizoide a estructurar su vida del modo más gratificante para él, teniendo en cuenta su sistema de creencias sobre las relaciones.

Prevención de la recaída

El aspecto más importante de la prevención de la recaída consiste en mantener el

contacto con sesiones de refuerzo después de que haya concluido el tratamiento formal. Esas sesiones pueden ser más frecuentes que lo habitual con los esquizoides, porque es más probable que esos pacientes recaigan en su estilo de vida aislado. En este período tiene importancia evaluar si existe alguna recurrencia de la sintomatología inicial, y si el paciente está aislado fuera de la terapia. Si vuelve a una vida de reclusión, y hacerlo no forma parte de su sistema de creencias, el terapeuta puede apelar a sesiones de refuerzo mal frecuentes.

Problemas del terapeuta

Como hemos dicho, el deseo que tiene el esquizoide de lograr un rápido alivio de los síntomas sin trabajar en los supuestos subyacentes o en las cuestiones interpersonales puede oponerse a los deseos del terapeuta respecto del desenlace del tratamiento. Puesto que la terapia cognitiva es una cooperación, es importante que el terapeuta no imponga en ella sus propias metas. Es mejor que el esquizoide esté en terapia poco tiempo y la deje con una experiencia positiva.

Durante el tratamiento, la falta de respuesta del paciente al elogio reduce los recursos del terapeuta, lo cual se puede compensar utilizando otras motivaciones, como la explicación del valor del tratamiento y su vínculo con la meta terapéutica del paciente.

En virtud del sistema de creencias del esquizoide, es improbable que valore la relación terapéutica. Más bien tenderá a ver al terapeuta como intrusivo, y esto puede activar la estrategia automática de distanciarse de las personas. A diferencia del paciente evitativo, que finalmente llega a confiar en el terapeuta y a valorarlo, lo probable es que el esquizoide nunca lo haga. Desde luego, esto produce reacciones en el propio terapeuta. Puede ser muy molesto aparecer como parte de una interacción que no vale la pena.

La combinación de la afectividad restringida, la falta de respuesta y las pobres habilidades sociales del paciente puede hacer que las sesiones le resulten difíciles al terapeuta. A pesar de ello, es esencial mantener en todo momento una postura cálida y empática, posponiendo los comentarios sobre el estilo de interacción del paciente hasta que se haya establecido una buena comunicación.

Como plemento positivo, gracias al tratamiento el paciente esquizoide establece una relación con el terapeuta y con otras personas. Además es posible que encuentre una vida más plena. Pero es importante que el terapeuta prevea que quizá tome

mucho tiempo el logro de pequeños progresos.

EL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Introducción

Si bien el aislamiento social, el afecto restringido o inadecuado y la conducta inusual son característicos del trastorno esquizotípico de la personalidad, los rasgos que más impresionan son las rarezas de la cognición, las más severas entre las distorsiones cognitivas de los trastornos de la personalidad. Por lo general giran en torno de cuatro temas. Primero, estos individuos suelen tener una ideación suspicaz o paranoide. Segundo, experimentan ideas de referencia, y creen que les conciernen acontecimientos sin ninguna relación real con ellos. El tercer tema es el de las creencias extrañas y el pensamiento mágico. Por ejemplo, el paciente cree que un pariente muerto está presente, o que otras personas le leen el pensamiento. Finalmente, las personas con este trastorno suelen experimentar ilusiones, como ver personas en las sombras o en los dibujos de una pared empapelada.

Estas cogniciones se reflejan además en un lenguaje extravagante. Aunque coherente y con asociaciones bien establecidas, el esquizotípico suele ser tangencial, indirecto, vago o minucioso en exceso. Como era de esperar, también los afectos suelen ser peculiares, restringidos o inadecuados a la situación.

En concordancia con esta constelación de rasgos, la persona esquizotípica suele comportarse de modo inconveniente. Por ejemplo, un paciente esquizotípico pasa horas todos los días ordenando armarios. La conducta inapropiada acentúa el aislamiento social extremo vinculado a este trastorno. Las cogniciones distorsionadas del paciente acerca de los demás (y sus interacciones sociales torpes e incómodas) le llevan a desarrollar ansiedad social. Aunque puede haber la misma falta de deseo o apreciación de las relaciones que vemos en los esquizoides, lo más probable es que la evitación de las relaciones se deba a la ansiedad. Los criterios del DSM-III-R para el trastorno esquizotípico de la personalidad aparecen en la tabla 7.4.

TABLA 7.4. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno esquizotípico de la personalidad***

A. Pauta generalizada de déficit en las relaciones interpersonales y de peculiaridades en la ideación, la apariencia y la conducta, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Son necesarias al menos *cinco* de las siguientes manifestaciones:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
2. Ansiedad social excesiva; por ejemplo, malestar intenso en situaciones sociales que supongan contacto con gente desconocida.
3. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en la conducta y que es discrepante de las normas subculturales; por ejemplo, supersticiones, creencia en clarividencia, telepatía o «sexto sentido», «otros pueden captar mis sentimientos» (en los niños o adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
4. Experiencias perceptivas inusuales; por ejemplo, ilusiones, sensación de presencia de una fuerza de una persona que no está físicamente presente (por ejemplo, «tuve la sensación de que mi madre muerta estaba en la habitación»).
5. Conducta o apariencia extraña o excéntrica; por ejemplo, manierismos inusuales o hablar solo.
6. Carencia de amigos o confidentes íntimos (o tienen sólo uno), al margen de los parientes de primer grado.
7. Lenguaje extraño (sin pérdida de las asociaciones o incoherencia); por ejemplo, lenguaje empobrecido, divagatorio, vago o exageradamente abstracto.
8. Afectividad inapropiada o limitada; por ejemplo, frialdad, distanciamiento o insensibilidad a las expresiones de los otros (como sonreír o mover la cabeza).
9. Suspicacia o ideación paranoide.

B. El trastorno no se presenta sólo en el curso de una esquizofrenia o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Diagnóstico diferencial

Es muy fácil diagnosticar a estos pacientes, aunque se necesita diferenciarlos de los esquizofrénicos. Si hay alguna indicación de alucinaciones, ideas delirantes o

asociaciones laxas, hay que considerar un diagnóstico posible de trastorno esquizofreniforme o esquizofrenia. Si bien en ambos casos cabe esperar un lenguaje con extravagancias, afecto inapropiado o pobre y conducta extraña, el diagnóstico de esquizofrenia se aplica a una sintomatología más severa y aguda. Barón, Asnis y Gruen (1981) han diseñado un protocolo para evaluar este desorden, que puede ser útil en el diagnóstico. Este protocolo de entrevista, denominado «Protocolo para Personalidades Esquizotípicas», ha demostrado tener una alta confiabilidad de retest e intertests.

La conceptualización de la terapia cognitiva

Lo mismo que con todos los trastornos, uno de los primeros pasos de la terapia cognitiva del trastorno esquizotípico de la personalidad consiste en la identificación de los pensamientos automáticos típicos. Aunque en la forma exacta que toman esas cogniciones hay muchas diferencias individuales, siempre giran en torno de los temas a los que nos hemos referido. Además de la ideación suspicaz, las ideas de referencia, el pensamiento mágico y las ilusiones, otros pensamientos automáticos típicos se refieren a miedos y preocupaciones de naturaleza social. Lo mismo que respecto del contenido específico de los pensamientos automáticos, existen diferencias individuales en el estilo cognitivo. Algunos individuos esquizotípicos se centran en los detalles y pierden de vista la situación general, mientras que otros excluyen la atención a los detalles. Muchos esquizotípicos caen en las distorsiones cognitivas del razonamiento emocional y la personalización. En el razonamiento emocional, el sujeto cree que por el hecho de que él experimente una emoción negativa, necesariamente hay una correspondiente situación negativa externa. En la personalización, el individuo cree ser responsable de situaciones externas cuando ése no es el caso. Estos pacientes suelen ser muy concretos e incapaces de examinar con precisión la probabilidad de un desenlace imaginado (Stone, 1985). La tabla 7.5 presenta algunos ejemplos de sus pensamientos automáticos.

TABLA 7.5. Algunos pensamientos automáticos típicos del trastorno esquizotípico de la personalidad

- ¿Esa persona me está vigilando?
- Sé lo que él piensa.

- Siento que va a ocurrir algo malo.
- Sé que no les voy a gustar.
- Siento que el diablo está en ella.
- Soy un no-ser.
- ¿Estoy muerto?

Lo mismo que las otras características de este trastorno, las actitudes y los supuestos subyacentes tienden a ser extravagantes. Entre los temas típicos se cuenta la idea de que las personas no son dignas de confianza, de que es necesario someterlas a una vigilancia constante. Pero por lo general cada individuo tiene sus temas personales. Por ejemplo, creencias específicas tales como «Sé predecir el futuro» o «Tengo un sexto sentido» tienen que sondearse caso por caso. La tabla 7.6 presenta algunos ejemplos de actitudes y supuestos.

TABLA 7.6. ***Actitudes y supuestos típicos del trastorno esquizotípico de la personalidad***

- Me siento como un extraño en un ambiente espantoso.
- Puesto que el mundo es peligroso, siempre tienes que ir con cuidado.
- La gente se aprovechará de ti siempre que pueda.
- Todo tiene una causa. Las cosas no ocurren por casualidad.
- A veces lo que siento dentro de mí indica lo que va a suceder.
- Las relaciones son peligrosas. Tengo algún defecto.

La investigación y los descubrimientos empíricos

Kendler, Gruenberg y Strauss (1981) encontraron que la difusión del trastorno esquizotípico de la personalidad entre los parientes biológicos de los esquizofrénicos adoptados es mayor que entre los parientes biológicos de los controles, los parientes adoptivos de los controles, o los esquizofrénicos. Otros estudios indicaron que la

categoría de «esquizofrenia límite», más análoga a nuestro actual trastorno esquizotípico de la personalidad, tenía una vinculación familiar con la esquizofrenia (Kety y otros, 1968, 1971). Reider (1979) aplicó los criterios del DSM-III para el trastorno esquizotípico a los datos de algunos estudios anteriores que habían empleado el rótulo de «esquizofrenia límite», y también a sus propios datos; encontró que entre el 73 por ciento de los casos a los que correspondía el diagnóstico de esquizotípico, sólo a uno se le aplicaban también los criterios del DSM-III-R para la esquizofrenia. Además, como ya se ha observado, no hay pruebas firmes de que la esquizofrenia resulte de un tipo único de personalidad.

Trastornos asociados del Eje I

En estos pacientes, la esquizofrenia puede ser un diagnóstico concurrente. De hecho, el trastorno esquizotípico de la personalidad se suele considerar un polo del continuo que en el extremo opuesto tiene a la esquizofrenia. La expresión de la esquizofrenia se puede producir por efecto de una combinación de predisposición genética y estrés ambiental. Los pacientes pueden pasar del trastorno esquizotípico a una desintegración psicótica, sobre todo si están socialmente aislados o tropiezan con tensiones crecientes. Como estos individuos pierden cada vez más oportunidades de poner a prueba la realidad con los otros, es más probable que recurran a la fantasía. La conducta peculiar y el aislamiento social crean una espiral predecible, en la que cuanto más excéntrica es la conducta, más se experimentan el ridículo y el rechazo social; esa experiencia exacerba la ansiedad social y la conducta inapropiada, lo cual conduce a un mayor repliegue.

Estrategias clínicas globales

Una de las primeras estrategias con los pacientes esquizotípicos consiste en establecer

una sólida relación terapéutica. Como es probable que tengan algunas creencias disfuncionales relacionadas con las personas, la importancia de la relación terapéutica no debe subestimarse. Una vez establecida, representa el paso inicial para reducir el aislamiento social. Esto es aún más importante que con el esquizoide, porque el paciente esquizotípico corre un riesgo mayor de perder la posibilidad de una buena prueba de realidad por falta de contacto social. Además es característico que el esquizotípico desee relaciones sociales y sufra como consecuencia del aislamiento. Para mejorar las interacciones sociales e intervenir en la espiral a la que nos hemos referido, aumentar la red social general del paciente puede ser una estrategia eficaz.

En conexión con esto, la segunda estrategia terapéutica debe incluir el cultivo de la adecuación social. Esta puede ser también una meta del tratamiento, pero es importante que el terapeuta refuerce la adecuación en todo contacto con el paciente. Se puede proporcionar entrenamiento en aptitudes sociales, además de un modelado de la conducta y el lenguaje adecuados. El terapeuta tiene que enseñarles a estos pacientes a identificar sus propias respuestas inadecuadas.

En el entrenamiento en aptitudes sociales, la combinación de intervenciones cognitivas y conductuales es lo más eficaz. Captando e identificando los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes sobre la interacción con los demás se puede llegar a una evaluación de estas cogniciones. Por ejemplo, un paciente esquizotípico quizá crea «No les gustaré», o «Soy un inadaptado». Durante la interacción real es posible identificar y cuestionar los pensamientos sobre el modo como los otros ven y examinan el paciente. También será necesario dramatizar (con *roleplaying*) las respuestas adecuadas, así como establecer una jerarquía de las situaciones sociales sobre las que se va a trabajar. El encuadre grupal es ideal para estas intervenciones, pues le permite al paciente observar sus propias interacciones y las de los demás en un ambiente que le brinda apoyo.

Otra estrategia importante consiste en mantener estructuradas las sesiones de terapia. A causa de su estilo cognitivo divagador, es fácil que estos pacientes logren muy pocos resultados durante la sesión. Además de establecer una agenda, el terapeuta puede ayudar al esquizotípico a identificar una pequeña meta para cada sesión. Por ejemplo, si se trabaja sobre la ansiedad social, que el paciente aprenda a responder a preguntas al final de la sesión.

El aspecto crítico del tratamiento es enseñar a buscar en el ambiente pruebas objetivas para la evaluación de los pensamientos, en lugar de confiar en las propias respuestas emocionales. Además, como es probable que los pensamientos inadecuados sigan siendo un aspecto de la experiencia vital de la persona, es importante enseñarle a no hacerles caso, y a considerar las consecuencias de responder emocional o conductualmente en concordancia con esos pensamientos. Lo mismo que todos los pacientes que aprenden la terapia cognitiva, es importante recordar que también éstos experimentarán un número inusualmente alto de cogniciones distorsionadas; no se puede esperar que todas cedan ante las respuestas

racionales.

En el caso de estas cogniciones, la idea extravagante se trata como un síntoma, centrando la respuesta racional en lo que el esquizotípico piensa sobre esas ideas. Por ejemplo, un paciente que a veces pensaba que no era real aprendió a descartar el pensamiento «No soy real» cuando se producía. Una paciente pudo afrontar sus pensamientos paranoides del siguiente modo: cuando en su casa bebía de un vaso, se le cruzaba la idea de que en el líquido podría haber astillas de vidrio; puesto que no había ninguna prueba en tal sentido, después de alguna práctica llegó a no hacer caso de ese pensamiento. El procedimiento ayuda a estos pacientes a darle poca importancia a la idea extravagante cuando aparece. Los pacientes deben comprender que no es necesario que respondan a esos pensamientos en términos emocionales o conductuales. En lugar de ello, repiten afirmaciones preparadas, como «Otra vez me ocurre lo mismo. Aunque tenga este pensamiento, ello no significa que sea real».

También puede ser beneficioso hacer que los pacientes consideren las pruebas que refutan sus creencias, por ejemplo siguiendo la pista de las predicciones que realizan. Un paciente creía que si imaginaba algo con total vividez, eso sucedería. Si estaba en un ascensor, le aterrorizaba imaginar que se cortaban los cables. Aunque su convicción era absoluta, estuvo dispuesto a abordar esa idea como si fuera sólo una hipótesis. Sobre la base de esta y otras creencias, predijo lo que sucedería si imaginaba ciertas cosas. Durante las sesiones, y como tarea para hacer en casa, las puso a prueba como hipótesis, y no encontró ningún hecho que las respaldara. Sin abandonar por completo la creencia, obtuvo algún alivio emocional al darse cuenta de que por lo general sus predicciones anteriores no se habían cumplido, de modo que no todo lo que imaginaba ocurría necesariamente.

Además de abordar cogniciones específicas, una vez que paciente y terapeuta han identificado el estilo cognitivo se puede diseñar una intervención. Esos estilos se reflejan en el lenguaje y obstaculizan la comunicación adecuada del paciente, tanto fuera como dentro de las sesiones. Si éste tiende a omitir los detalles en su interpretación de las situaciones, el terapeuta hace que piense en ellos formulándole preguntas. Por otro lado, si el paciente pierde de vista la situación global a favor de detalles extrínsecos, se le puede pedir que haga un resumen. Cuando el paciente está de acuerdo en trabajar sobre el estilo comunicativo, se conviene con él una señal, por ejemplo visual. Entonces, si hay una elaboración excesiva, el terapeuta hará la señal, y el paciente tendrá que resumir. También es importante conocer la justificación racional que él da para abundar en detalles o excluirlos. Un paciente dijo que daba muchos detalles porque quería ser comprendido. Al darse cuenta de que en realidad lo comprendían menos, porque nadie seguía su argumentación, empezó a abreviar las puntualizaciones.

Otra estrategia general del tratamiento es ayudar a mejorar la vida del paciente de manera práctica. A menudo a estos pacientes les cuesta conseguir y conservar un empleo, encontrar vivienda, conocer personas. Toda intervención concreta del

terapeuta (relacionada, por ejemplo, con las aptitudes de valerse por sí mismo, la educación en la higiene personal o las habilidades sociales) puede ser muy benéfica para mejorar el estilo de vida del esquizotípico.

Caso ilustrativo

Frank, un hombre de 45 años con una larga historia de perturbación emocional, había sido hospitalizado dos veces por episodios que dijo no recordar; según él, el hermano le acusó de haberlo amenazado, pero Frank negaba esos incidentes. Vivía solo y describió una existencia muy solitaria. Hacía años que no trabajaba, aunque había soñado con terminar su educación de *college* y conseguir un empleo. Dijo no tener contactos sociales, exceptuada su pertenencia a un grupo político extremista, en cuyas reuniones solía conocer a otras personas igualmente aisladas. A veces salía de casa durante el día, pero por lo general se quedaba a dormir o ver televisión. Prefería salir por la noche, cuando no se sentía expuesto a las miradas. Cenaba o iba a la biblioteca, donde leía sobre diversos temas. Su apartamento estaba sucio y desordenado. Frank dijo que siempre había «vivido al margen», sin participar completamente de la vida. En la admisión, comunicó los síntomas siguientes:

- *Afectivos*: tristeza, ansiedad social.
- *Fisiológicos*: palpitaciones y sudor en las situaciones sociales.
- *Cognitivos*: pensamientos automáticos sobre el fracaso que había sido su vida; temor a las reacciones que podría provocar en los demás.
- *Conductuales*: aislamiento social casi completo; lenguaje tangencial, contacto ocular infrecuente.

En el tratamiento, las metas iniciales de Frank fueron reducir su ansiedad social y encontrar un trabajo. Aunque su inadecuación social resultaba obvia a primera vista, el terapeuta consideró que era mejor aguardar hasta que se hubiera establecido una buena relación y efectuado algún progreso con otras metas antes de plantearse ésta. En cuanto a la ansiedad social, se le presentó el modelo cognitivo y se le enseñó a recoger sus pensamientos automáticos, que solían ser erráticos. Aprendió a evaluar la precisión de los pensamientos. Algunos eran extravagantes y se los rotuló como «pensamientos automáticos inadecuados». Cuando éstos surgían, Frank se limitaba a

etiquetarlos y daba por sentado que no merecían ninguna consideración ulterior, en contraste con otros pensamientos automáticos que él podría evaluar empleando la técnica estándar de la respuesta racional.

El diálogo siguiente ejemplifica una sesión en la que se abordaron algunas de las ideas raras de Frank sobre las interacciones sociales:

Terapeuta: ¿Cómo le fue esta semana?

Frank: Con altibajos. Fui a una reunión con uno de los otros miembros [del grupo político].

Terapeuta: ¿Cómo le fue?

Frank: Muy bien. Joe es un gran tipo y parece que simpatiza conmigo. Pero en la reunión no pude dejar de pensar en Anne. Imaginaba que vivía con ella.

Terapeuta: ¿Eso le impidió participar en la reunión?

Frank: Sí. No quise hablarle porque sabía que ella se daba cuenta de lo que yo estaba pensando.

Terapeuta: ¿Qué prueba tenía de eso?

Frank: Era sólo una extraña intuición. La miré, ella me miró, y sentí que me estaba leyendo el pensamiento.

Terapeuta: ¿Ella le dijo algo?

Frank: Me dijo «hola» después de la reunión, pero siguió hablando con otros. Creo que mi ansiedad le desagradaba.

Terapeuta: De modo que no le dijo nada negativo y le saludó amistosamente. ¿Qué le lleva a atribuirle esa reacción negativa?

Frank: Realmente pude sentirlo.

Terapeuta: Acuérdese de lo que dijimos sobre el sentir cosas acerca de los demás. Es cierto que recogemos indicios sobre las reacciones de los otros que a veces son difíciles de ver-balizar, pero recuerde que a menudo esos sentimientos no hacen más que reflejar lo que nosotros mismos hemos estado pensando. ¿Me comprende?

Frank: Creo que sí. Pero parecía muy real.

Terapeuta: Bien, los sentimientos eran reales, pero ¿se basaban en datos precisos?

Frank: Creo que supuse que por eso yo me sentía así.

Terapeuta: Desde luego, usted tenía un supuesto sobre sus sentimientos; pero esa ansiedad, ¿no podría ser un resultado del temor a la reacción de Anne a usted?

Frank: Veo que podría ser, pero ¿cómo puedo saber si la reacción de ella fue negativa o no?

Terapeuta: Buena pregunta. Veamos cómo podríamos saberlo. Hagamos una lista de las verdaderas claves —no de sus sentimientos, porque ellos son una consecuencia de lo que usted piensa—, que nos den alguna indicación sobre las reacciones de los demás. Pero recuerde, Frank, que nunca sabemos con seguridad lo que otro está pensando, aunque para evaluarlo recurramos a indicios legítimos. Bien, ¿cuál sería un indicio?

Frank: Supongo que lo que ella dice. Si dice que le gusto, o no me habla, sabré lo que piensa.

Terapeuta: Suena lógico, pero pensémoslo con más atención. Si alguien le dice algo directamente positivo o negativo, lo más plausible es suponer que eso es lo que piensa. ¿Es esto lo que quiere decir?

Frank: Sí. Y si no me dicen nada, puedo suponer que no gusto.

Terapeuta: Esa es una segunda parte que tenemos que examinar mejor. Si no le dicen nada, ¿usted supone que no les gusta?

Frank: Sí.

Terapeuta: ¿No hay otras posibilidades?

Frank: Me cuesta imaginarlas.

Terapeuta: ¿Y si la otra persona es tímida?

Frank: ¿Usted cree?

El terapeuta y Frank continuaron en esta dirección, bosquejando las otras claves específicas en las que el paciente podría confiar, las claves ambiguas y las no fiables. La transcripción ilustra su peculiar creencia de que él sabía lo que pensaban los demás, y también su falta de información sobre el modo como éstos responden en las situaciones sociales.

Mientras Frank aprendía a identificar y modificar los pensamientos, el terapeuta le asignó una serie de tareas para casa, a fin de que tomara contacto con otros. Tuvo que ir a comprar o a la biblioteca durante el día, y hablar con alguien. Después invitó a alguien a cenar con él. En el curso del tratamiento, Frank ganó en adecuación social, aunque seguía expresando muchos pensamientos automáticos inadecuados. Cuando éstos aparecían en la sesión, el terapeuta y Frank los identificaban y después continuaban con el tema que estaban tratando.

No fue fácil ayudar a Frank a conseguir trabajo. Había pasado mucho tiempo en el hospital o sin empleo; no tenía la educación y la experiencia requeridas para

algunos trabajos que le gustaban. Después de una lucha muy larga, Frank logró un empleo de jornada parcial en una librería de viejo. El trabajo le resultaba interesante, aunque todavía sentía ansiedad a causa de los clientes. Frank siguió con sesiones semanales hasta que se encontró un grupo apropiado. A diferencia de muchos pacientes, que aprenden las aptitudes que pueden aplicar por sí mismos en un lapso relativamente breve, Frank necesitaba continuar con las sesiones semanales de terapia.

Los problemas del terapeuta

El problema primario del terapeuta con el paciente esquizotípico es lograr su conformidad con el plan de tratamiento. Es necesario desarrollar una buena relación con el paciente, para que éste acepte enfrentarse con algunas de sus pautas disfuncionales. A veces, aunque el paciente admita el valor de cambiar una conducta o creencia, después no cumple con las tareas que se le encargan. A menudo el esquizotípico permanece aislado entre sesión y sesión, y continúa recurriendo a una vida de fantasía. En algunos casos es útil aumentar la frecuencia de las sesiones al principio de la terapia, o hacer que el paciente llame al terapeuta cotidianamente para «tomar contacto con la base». También conviene fragmentar los encargos en unidades muy pequeñas, manejables, a fin de que el esquizotípico esté en condiciones de abordarlas y tenga una experiencia exitosa.

Otro problema del terapeuta es el de la conducta, el lenguaje y el afecto peculiares que presentan estos pacientes, motivo de que a menudo cuesta mantener encarriladas las sesiones y de que probablemente la terapia avance con lentitud. El terapeuta deberá proponer metas menos ambiciosas y modificar las técnicas tradicionales de la terapia cognitiva. Estos pacientes también interpretan de manera inusual la conducta del terapeuta; éste debe estar alerta ante los cambios afectivos y la conducta inadecuada del paciente, e identificar el pensamiento que suponen. Además, a veces el esquizotípico desarrolla un apego profundo al terapeuta, que quizá sea su único contacto en una existencia aislada. Esto puede determinar que surjan pensamientos inadecuados sobre el contacto social con el terapeuta; hay que abordarlos con suavidad, mientras, desde luego, se mantiene la relación terapéutica dentro de sus límites.

Siempre y cuando el terapeuta tenga expectativas realistas sobre lo que se puede lograr con estos pacientes, trabajar con ellos puede constituir una experiencia

positiva. Muchos individuos que presentan este trastorno aprenden a controlar una gran parte de sus conductas y pensamientos inapropiados y a obtener muchas más satisfacciones de la vida.

CAPÍTULO 8

EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Los individuos antisociales acceden al tratamiento en circunstancias muy diversas, de acuerdo con su particular combinación de conducta criminal y psicopatología clínica. Pueden ser reclusos de una prisión o institución correccional, pacientes internados en un hospital psiquiátrico o (menos frecuentemente) pacientes externos de una clínica o de la práctica privada. Sean reclusos, pacientes internados o externos, llegan a la terapia porque alguien les presiona para que cambien. Sus empleadores o maestros insisten en que el antisocial busque tratamiento porque tiene problemas para conducirse con normalidad o por sus relaciones personales tensas. A menudo hay un verdadero ultimátum: «O te tratas o pierdes el empleo, o te expulsamos de la escuela». Es frecuente que sea la justicia la que exige que los delincuentes antisociales se sometan a terapia. En muchos casos, la libertad condicional sólo se les concede si asisten a sesiones de psicoterapia. En vista de su típica actitud explotadora con los demás, no es sorprendente que los antisociales lleguen al tratamiento debido a un conflicto crónico en sus matrimonios o con sus hijos. A veces recurren a consultorios externos con diversas formas de psicopatología urdidas para obtener una receta de algunas drogas controladas. En este caso, es de suma importancia descubrir la manipulación y proporcionar el tratamiento adecuado, o bien derivar al paciente al especialista en problemas de abuso de drogas.

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) es un problema intrincado y socialmente nocivo. Notable por sus puntos de referencia conductuales específicos en el DSM-III y el DSM-III-R (véase la tabla 8.1), este trastorno incluye actos criminales contra las personas y la propiedad. Los criterios diagnósticos objetivos han obtenido la más alta confiabilidad entre todos los trastornos de la personalidad clasificados en el DSM-III en pruebas de campo con pacientes psiquiátricos internados (K = 0,49; Mellsop, Varghese, Joshua y Hicks, 1982), pero tal vez a costa de alguna validez clínica.

TABLA 8.1. ***Criterios del DSM-III-R para el trastorno antisocial de la personalidad***

A. Edad común, por lo menos 18 años.

B. Pruebas de trastorno de conducta con inicio antes de los 15 años, según surge de una historia con tres o más rasgos de los siguientes:

1. Frecuentes ausencias injustificadas en la escuela.
2. Huida nocturna por lo menos dos veces de la casa de los padres o el hogar

subrogado, o una vez sin retorno.

3. Sujeto a menudo iniciado en la lucha física.
4. Uso de un arma en más de una lucha.
5. El sujeto obligó a alguien a tener actividad sexual con él.
6. Crueldad física con animales.
7. Crueldad física con otras personas.
8. Destrucción deliberada de la propiedad de otros (no con un incendio).
9. El sujeto provocó incendios deliberadamente.
10. Miente a menudo (no para evitar el maltrato físico o sexual).
11. Ha robado sin enfrentamiento con la víctima en más de una ocasión (se incluye la falsificación).
12. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo con cuento del tío, arrebato, extorsión, robo a mano armada).

C. Una pauta de conducta irresponsable y antisocial desde los 15 años, indicada por lo menos por cuatro de los rasgos siguientes:

1. El sujeto es incapaz de mantener una conducta laboral coherente, según lo indica cualquiera de los ítems siguientes (puede tratarse de conductas similares en un marco escolar si se trata de un estudiante):
    a. desempleo significativo durante seis meses o más en un lapso de cinco años si se esperaba que trabajara y había trabajo;
    b. repetidas ausencias al trabajo, sin enfermedad propia ni en la familia;
    c. abandono de varios empleos sin planes realistas de encontrar otros.
2. No se adecúa a las normas sociales con acatamiento a la ley, según lo indica la ejecución reiterada de actos antisociales que justifican la detención (se haya ésta producido o no), por ejemplo, destrucción de la propiedad, acoso a otros, robo, ocupación ilegal.
3. Es irritable y agresivo, como lo indican las repetidas luchas o ataques físicos (no requeridos por el tipo de trabajo, ni destinados a la defensa propia o de algún otro), que incluyen golpear al cónyuge o los hijos.
4. Incumplimiento reiterado de las obligaciones económicas, indicado por no pagar las deudas, no sostener regularmente a los hijos o a las otras personas que dependen del sujeto.
5. No planifica, o es impulsivo, como lo indican los dos o uno de los ítems siguientes:

a. viaja de un lugar a otro sin haber encontrado antes trabajo en el punto de llegada, sin una meta clara para el período de viaje o sin ninguna idea clara de cuando dejará de viajar;
b. no tiene domicilio fijo durante un mes o más.

6. No tiene ningún respeto por la verdad, como lo indica el hecho de que mienta repetidamente y emplea nombres falsos o astucias con las otras personas, para obtener placer o ventajas personales.
7. Es descuidado con respecto a su propia seguridad o a la seguridad de los otros, como lo indica que maneje en estado de embriaguez o se exceda reiteradamente de velocidad.
8. Si es progenitor o tutor, carece de aptitudes para actuar como padre responsable; lo indican uno o más de los rasgos siguientes:
   a. desnutrición del hijo;
   b. enfermedad del hijo como consecuencia de la falta de un mínimo de higiene;
   c. falta de atención médica para un niño seriamente enfermo;
   d. el niño depende de que vecinos o parientes que no viven en el hogar le brinden alimento o albergue;
   e. el niño queda sin nadie que lo cuide cuando el progenitor está lejos del hogar;
   f. derroche reiterado en gastos personales del dinero necesario para la casa.
9. No ha mantenido una relación totalmente monógama durante mis de un año.
10. Falta de remordimiento (se siente justificado por haber herido, maltratado o robado a otro).

D. La conducta antisocial aparece no sólo durante episodios de esquizofrenia o maníacos.

La investigación sobre la psicopatología antisocial se ha basado en el supuesto de que existe un trastorno sistemáticamente definible y diferenciable de la conducta criminal en sí. No obstante, el grado de importancia que se asigna a la criminalidad es una cuestión discutible. A partir del trabajo de Cleckley (1976) y Millón (1981), Haré (1985a, 1986) afirma que el DSM-III subraya en exceso la conducta delictiva y criminal y desatiende la cuestión de los rasgos de personalidad que tal vez estén en la base de tales conductas. Como señala Haré, si consigue evitar encontrarse tempranamente con el sistema judicial, el antisocial puede salvarse de un diagnóstico en los términos del DSM-III, aunque presente bien establecidos otros rasgos

psicopatológicos esenciales.

El trabajo pionero de Cleckley (1976) y Robins (1966) ayudó a trazar el mapa de ciertos rasgos de personalidad que suelen aparecer en los individuos antisociales. Haré (1985b) ha revisado una lista originalmente desarrollada por Cleckley (1976) para distinguir estos rasgos esenciales (véase la tabla 8.2). Como la mayoría de las evaluaciones basadas en rasgos, la lista de control de la psicopatía incluye algunas descripciones correctas, pero requiere más juicios subjetivos que los criterios conductuales de diagnóstico del DSM-III-R.

Perspectiva histórica

Los términos «psicopatía», «sociopatía» y «trastorno antisocial de la personalidad» se suelen emplear como equivalentes. Pero no existe un conjunto único de criterios definitorios, común para las tres denominaciones. Gran parte de la literatura existente se ve limitada por el uso intercambiable de estas expresiones y por los diferentes métodos para determinar la población en estudio. Como consecuencia, las investigaciones sobre la psicopatía y la sociopatía sólo pueden vincularse tentativamente a los pacientes que presentan un TAP, puesto que entre esas poblaciones quizás existan diferencias fundamentales. Pero la literatura sobre el tratamiento del TAP se ha basado primordialmente en investigaciones empíricas con sujetos definidos como psicópatas o sociópatas (por lo general delincuentes, y no pacientes psiquiátricos). Por esta razón es importante reseñar brevemente las principales tendencias de esos textos. Los trabajos sobre la psicopatía han dedicado una considerable atención a distinguir la psicopatía «primaria» de la «secundaria» (Cleckley, 1976). La psicopatía primaria se distingue por una aparente ausencia de ansiedad o culpa por la conducta ilegal o inmoral. Como puede hacer cosas tales como mentir deliberadamente en provecho personal o dañar físicamente a otra persona sin sentir nerviosismo, dudas o remordimiento, se considera que el psicópata primario carece de conciencia moral. El psicópata secundario es un individuo capaz de emprender la misma conducta explotadora, pero que dice experimentar sentimientos de culpa por haber hecho daño. Quizá tema las posibles consecuencias de la mala conducta, pero sigue comportándose de modo antisocial, supuestamente debido a un pobre control de los impulsos y a su labilidad emocional. Los reclusos clasificados como psicópatas primarios sobre la base de una ansiedad significativamente baja presentan conductas agresivas más frecuentes y severas

(Fragan y Lira, 1980) y dicen tener, en las situaciones en que perciben malevolencia en los otros, una excitación somática menor que la de los reclusos psicopáticos secundarios (Blackburn y Lee-Evans, 1985).

Numerosos estudios de laboratorio han puesto a prueba la hipótesis de que los psicópatas primarios padecen una disfunción del sistema nervioso central de la que resulta un umbral más alto que el normal en la respuesta autónoma a amenazas (Lykken, 1957; Quay, 1965). Pero, como lo señala Haré (1986), hay pruebas de que, en muchas condiciones, los psicópatas como grupo no difieren de los normales en las respuestas autónomas y conductuales. Por ejemplo, se ha demostrado que los psicópatas aprenden de la experiencia cuando las consecuencias son inmediatas, tangibles, están bien especificadas y tienen importancia para el sujeto —por ejemplo, obtener o perder cigarrillos—. De modo que, según Haré, de los datos de laboratorio sobre la subactividad electrodérmica de los psicópatas primarios quizá se hayan extraído conclusiones excesivas, sobre todo porque esas respuestas pueden ser influidas por una amplia gama de actividades cognitivas. Por otro lado, distinguir los rasgos motivacionales y cognitivos podría clarificar más las características de las respuestas de los psicópatas.

TABLA 8.2 ***Ítems de la lista de control revisada de la psicopatía***

- Volubilidad / atractivo superficial.
- Sentido grandioso de los propios méritos.
- Necesidad de estimulación / proclividad al aburrimiento.
- Mentira patológica.
- Astucia / manipulación.
- Ausencia de remordimiento o culpa.
- Afecto superficial.
- Insensibilidad / falta de empatía.
- Estilo de vida parasitario.
- Controles conductuales pobres.
- Conducta sexual promiscua.
- Problemas de conducta precoces.
- Ausencia de planes realistas de largo alcance.
- Impulsividad.
- Irresponsabilidad.
- No acepta la responsabilidad por las propias acciones.

- Muchas relaciones matrimoniales breves.
- Delincuencia juvenil.
- Revocación de la libertad condicional.
- Versatilidad delictiva.

Nota. De R. Haré: «A Checklist for the Assessment of Psychopathy», en M. H. Ben-Aron, S. J. Hucker y C. Webster (comps.), *Clinical Criminology*, Toronto, 1985, M. A. M. Graphics.

Al pasar revista a varios estudios del desarrollo cognitivo, Kagan (1986) llega a la conclusión de que los sociópatas presentan un retraso en el desarrollo de la madurez moral y el funcionamiento cognitivo. Este autor describe el desarrollo moral y cognitivo sociopático como organizado en el segundo nivel epistemológico de Kohlberg (1984), similar al del niño en la edad de latencia. En ese nivel, el funcionamiento cognitivo es regido por lo que Piaget denomina operaciones concretas. Estos individuos son típicamente incapaces de subordinar lo real a lo posible. Su concepción del mundo es personal, no interpersonal. En términos sociocognitivos, no pueden adoptar el punto de vista de otra persona al mismo tiempo que el propio. Son incapaces de asumir el rol de otro. Piensan de modo lineal; sólo tienen en cuenta las reacciones de los demás después de tratar de satisfacer sus propios deseos. Sus actos no se basan en elecciones con sentido social, debido a sus limitaciones cognitivas.

Kagan también hace referencia a la noción planteada por Erikson, de una edad de latencia en el desarrollo psicosocial en un contexto empresarial. A individuos que «van al grano» y que «tienen muchos proyectos importantes» no les preocupa cómo les ven los demás: esta preocupación es más característica de la adolescencia y la edad adulta temprana. Kagan continúa afirmando que en el tratamiento de la sociopatía lo mejor es que las intervenciones se guíen por la estrategia de establecer límites protectores a los esfuerzos del paciente tendientes a lograr independencia, fomentando una mayor conciencia de los derechos y los sentimientos de los demás.

Intervenciones terapéuticas

Consideraciones generales

Sin duda, las intervenciones con personas que padecen TAP se enfrentan con importantes desafíos. Hay muy pocas pruebas de que el tratamiento haya sido eficaz con clientes que tampoco responden a un mejor control de sus conductas destructivas en un escenario institucional. Pero se han aplicado intervenciones para el TAP en poblaciones diversas, sin contar con una evaluación diagnóstica sistemática (Barley, 1986; Templeton y Wollersheim, 1979). Un tema pesimista, que recorre toda la literatura, describe a los psicópatas primarios como individuos que carecen de sentimientos de culpa y amor (McCord y McCord, 1964), y por lo tanto no responden a la terapia, ya que no tienen conciencia moral. La psicoterapia psicoanalítica por lo general se ha considerado inadecuada e inútil para el TAP, a menos que exista un cierto grado de narcisismo (Kernberg, 1975; Person, 1986).

Justificación racional de la terapia cognitiva

El resto de este capítulo esbozará una aplicación clínica del modelo de la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) a los problemas del TAP. En este modelo de tratamiento se supone que es posible lograr cambios en los afectos y la conducta de los pacientes por medio de un proceso de evaluación y puesta a prueba de sus creencias básicas acerca de zonas problemáticas clave. Además supone que las cogniciones, los afectos y la conducta reflejan esquemas o reglas subyacentes. Los esquemas disfuncionales pueden estar relacionados con problemas del desarrollo psicosocial, que es necesario abordar para que se produzca una mejoría duradera (Freeman, 1986).

En lugar de tratar de erigir una mejor estructura moral por medio de 3 a inducción de afectos tales como la ansiedad o la vergüenza, la terapia cognitiva del TAP puede concebirse como una mejora la conducta moral y social por medio de la mejora de las funciones cognitivas. Aprovechando en términos generales las principales teorías sobre el desarrollo moral de hombres y mujeres (Kohlberg, 1984; Gilligan, 1982) y sobre el desarrollo psicosocial (Erikson, 1951), proponemos que el tratamiento se base en las estrategias de Kagan (1986) para fomentar el crecimiento cognitivo. Esto supone cultivar la transición desde las operaciones concretas y la autodeterminación a las operaciones cognitivas más formales del pensamiento abstracto y la consideración interpersonal. Se entiende que el funcionamiento moral es sólo una dimensión del contexto más amplio de la epistemología o de los modos de pensar y conocer.

No se divide a los pacientes en las categorías primaria y secundaria del trastorno, con el consiguiente rechazo de los pacientes primarios; el punto de vista cognitivo es que los pacientes tienen diversas aptitudes para prever y actuar sobre los posibles resultados negativos de sus acciones. Además las acciones del paciente antisocial son

muy influidas por una variedad de creencias disfuncionales sobre ellos mismos, sobre el mundo y sobre el futuro, típicamente respaldadas por experiencias selectivas confirmatorias. La terapia cognitiva se propone ayudar al paciente con TAP a pasar del pensamiento en términos fundamentalmente concretos e inmediatos, a considerar un espectro más amplio de posibilidades y creencias alternativas.

Signos diagnósticos

Con un paciente con TAP, las tareas iniciales del clínico son buscar los trastornos que existan y establecer un contrato de tratamiento. Al formular el contrato, hay que informarle explícitamente al paciente de que su diagnóstico es un TAP, y poner límites claros a la participación del profesional en la terapia. De otro modo, es probable que el antisocial no vea ninguna razón para continuar el tratamiento. Según estos individuos, su problema consiste en que los demás se resisten a aceptarlos o pretenden restringir su libertad.

Para llegar a un diagnóstico de TAP se necesita una discusión completa de la biografía del paciente, que debe incluir una reseña de las relaciones, los logros en el estudio y el trabajo, el servicio militar, la lista de detenciones y condenas, así como las circunstancias de su vida, la salud física, la historia del consumo de drogas y la concepción de sí mismo. Conviene conseguir fuentes adicionales de datos, para no tener que confiar exclusivamente en el punto de vista del propio paciente. En el contexto de una investigación de espíritu cooperativo, el terapeuta puede invitar al paciente a que lleve a una sesión de terapia a algunos de sus allegados, para que proporcionen otras informaciones. Entre ellos pueden contarse el cónyuge, los otros miembros de la familia y los amigos. Con un permiso escrito del paciente, el terapeuta debe también conseguir copias de los documentos relacionados con la terapia (historias clínicas de tratamientos anteriores o legajos de procedimientos judiciales).

Por medio de esta revisión de la biografía es posible definir una lista de zonas problema, que se emplea para orientar el contenido y el centro de las ulteriores sesiones de terapia. Cuando esa lista ya está confeccionada, también es deseable que se haya llegado a una cierta cooperación y buena comunicación, con el paciente adaptado a la estructura básica de la terapia. El paciente antisocial suele tener una baja tolerancia al aburrimiento, de modo que es importante no dedicar demasiado tiempo a reunir la información y establecer una relación antes de que se intenten estrategias específicas de tratamiento. Antes de que el tratamiento tenga que ponerse en marcha, tal vez todo lo que el terapeuta pueda obtener sea una visión general de la historia y del funcionamiento presente, y una actitud de «probar la terapia».

Dentro de cada zona problema es útil identificar las distorsiones cognitivas susceptibles de intervención. Lo típico es que un paciente con TAP tenga un conjunto

de creencias que le convienen y lo guían en su conducta. Entre ellas suelen contarse las seis siguientes (que no son necesariamente las únicas):

1. Justificación: «Mis acciones se justifican porque quiero algo o quiero evitar algo».
2. Todo lo que se piensa es verdad: «Mis pensamientos y sentimientos son totalmente exactos, simplemente porque se me han ocurrido».
3. Infalibilidad personal: «Siempre elijo bien».
4. Lo que se siente es lo real: «Sé que tengo razón porque siento que está bien lo que hice».
5. Impotencia de los otros: «Lo que piensen los otros no tiene por qué pesar en mis decisiones, a menos que controlen las consecuencias inmediatas para mí».
6. Consecuencias de bajo impacto: «No habrá consecuencias indeseables, o no me importarán».

Los pensamientos y reacciones automáticos del paciente antisocial son frecuentemente distorsionados por creencias interesadas, que subrayan las satisfacciones inmediatas y personales y minimizan las consecuencias futuras. La creencia subyacente de que siempre tiene razón hace improbable que cuestione sus acciones. En los distintos pacientes varía el grado de confianza o desconfianza respecto de los otros, pero ninguno suele buscar orientación o consejo sobre una acción en particular. Como su conducta tiende a ser censurable e incluso enfurece a los demás, es frecuente que éstos les den consejos para hacerle cambiar de comportamiento. En lugar de evaluar la utilidad potencial de lo que se les dice, los antisociales tienden a descartarlo como irrelevante para sus propósitos. Además, en la distorsión antisocial no hay ninguna perspectiva del futuro. La falta de preocupación por los resultados futuros que caracteriza a estos pacientes ocupa un extremo del continuo que tiene en el otro polo la lucha excesiva por metas futuras perfeccionistas del paciente obsesivo-compulsivo.

Los objetivos de la terapia cognitiva

El proceso de la terapia cognitiva para el TAP puede conceptualizarse en los términos de una jerarquía de operaciones cognitivas, en la que el clínico intenta orientar al paciente **hacia** un proceso de pensamiento más elevado, más abstracto, por medio de discusiones guiadas, ejercicios cognitivos estructurados y experimentos conductuales. Comenzamos con una jerarquía amplia basada en teorías sobre el desarrollo moral y cognitivo. Los pasos específicos se van graduando según los modos de pensamiento y acción problemáticos del paciente. En el nivel inferior de la

jerarquía, éste piensa sólo en términos de su propio interés; sus elecciones apuntan a obtener recompensas o a evitar castigos inmediatos, sin tener en cuenta a otros. Antes del tratamiento, el paciente antisocial funciona en ese nivel la mayor parte del tiempo. Las creencias disfuncionales a las que nos hemos referido operan como reglas sin ningún matiz. En ese nivel, los antisociales hacen lo que les gusta, creen con firmeza que siempre actúan de acuerdo con sus intereses y permanecen impermeables a la retroalimentación correctiva.

En el nivel superior siguiente, el paciente reconoce las consecuencias de su conducta y tiene alguna comprensión del modo como afecta a los demás; también presta atención a su propio interés a largo plazo. El clínico trata de guiar al paciente con TAP hacia ese nivel. Lo logra ayudándole a captar el concepto de pensamiento y conducta disfuncionales, y alentándole a ensayar soluciones alternativas capaces de modificar sus reglas de vida anteriores. Por ejemplo, el paciente llega a comprender que lo que piensan los demás influye en lo que él mismo conseguirá a largo plazo, aunque no controlen directamente el desenlace inmediato de una situación específica. Poco a poco estos pacientes aprenden a tener en cuenta algo como «posible», al mismo tiempo que lo inmediato o «real». Ya no están tan convencidos de «tener razón»; pueden absorber alguna información nueva y modificar su conducta en consecuencia.

El tercero de los niveles importantes de la jerarquía del funcionamiento es más difícil de definir, puesto que los teóricos no se han puesto de acuerdo sobre lo que constituye el plano más alto del desarrollo moral. En términos morales o interpersonales, el individuo demuestra tener sentido de la responsabilidad o un interés por los otros que incluye el respeto a las necesidades y los deseos de éstos, o se basa en las leyes como principios guía para el bien de la sociedad. En el segundo nivel, el individuo demuestra alguna preocupación por ciertas personas en determinadas condiciones en las que hay en juego algo que él puede perder o ganar. Pero en el tercer nivel existe una mayor capacidad para considerar las necesidades de los otros o de la sociedad en general. El sujeto respeta las reglas de orden o el compromiso con los demás, porque le importa su bienestar o ve a las relaciones como una parte importante de su vida.

Un breve ejemplo podría ilustrar el bosquejo general de la jerarquía cognitiva que acabamos de describir. Pensemos en un varón antisocial que quiere satisfacer un deseo sexual. En el primer nivel, elige a una mujer sin que le importen los intereses de ella ni las consecuencias de su propia acción. Un joven dijo que sus relaciones típicas consistían sólo en una actividad sexual que él decidía a su arbitrio. Su novia actual le había pedido muchas veces que la acompañara a algún lugar público, por ejemplo un restaurante; quería que él la invitara a pasear. Él no tenía la menor intención de responder al interés de la novia en ampliar sus relaciones, ni tampoco de probar ciertas técnicas sexuales que ella le pedía. Se sentía muy bien siguiendo sus propios gustos sexuales, fueran cuales fueren los sentimientos de su amiga.

En el segundo nivel, este joven antisocial podría ser influido hasta cierto punto por los intereses o deseos de los demás. Quizá cediera ocasionalmente a algunos de los pedidos de la novia, para obtener alguna ventaja. Su razonamiento podría ser: «Si le doy el gusto de vez en cuando, ella seguirá haciendo lo que yo quiero». En el tercer nivel, se centraría más en los intereses mutuos, así como en aspectos de mayor alcance de su conducta, esforzándose por satisfacer y no frustrar a su novia, porque éste es un modo mejor de tratar a las personas en general, y porque así podría lograr una relación más estable y satisfactoria para ambos.

Intervenciones específicas

Al principio, para contrarrestar la actitud defensiva del paciente respecto del tratamiento, el terapeuta le resume brevemente el problema como un trastorno del estilo de vida con raíces en la infancia o la adolescencia temprana, desarrollado durante un período prolongado y con serias consecuencias negativas. También le puede señalar que el TAP es una amenaza silenciosa porque quienes lo sufren por lo general no reconocen sus síntomas ni sienten ninguna incomodidad hasta que el proceso está muy avanzado. Después de haber explicado el trastorno, el terapeuta propone un ensayo de terapia durante el cual el paciente aprende cómo actúa el tratamiento, y decide iniciarlo o no. A continuación del ensayo inicial, hay que advertir que la terapia puede tomar cincuenta sesiones o más, según la severidad del trastorno y el progreso en el tratamiento.

La estrategia general para adaptar al paciente al tratamiento presenta a la terapia como una serie de encuentros con un observador interesado, destinados a evaluar las situaciones que obstaculizan la independencia y el éxito del paciente en la obtención de lo que desea. Trabajando con ese sentido de autonomía, el terapeuta comienza a educar al paciente en un proceso de pensamiento abstracto —el reino de las «posibilidades»—. Esto se hace ayudándole a reconocer de qué modo sus creencias disfuncionales distorsionan su perspectiva temporal y le impiden obtener la información crítica, lo cual a su turno le hace muy difícil establecer prioridades claras y perseguirlas. Para tener éxito en el logro de lo que quiere, el paciente deberá tomarse más tiempo para extraer conclusiones, y ampliar su perspectiva a fin de que incluya toda una gama de posibilidades.

El compromiso del paciente con el tratamiento incluye la asistencia regular a las sesiones y la participación activa en la discusión y en la planificación y realización de las tareas para realizar en casa. Al explicar esas estipulaciones, el clínico trata de integrar al paciente a una concepción de la terapia como actividad no coercitiva y benéfica. Si la conducta del paciente sugiere un no consentimiento inicial con los planteamientos de la terapia (por ejemplo, porque no concurre a las citas previstas, se muestra hostil o poco comunicativo durante las sesiones o no trata de realizar las

tareas encomendadas), el terapeuta le pregunta directamente qué piensa del tratamiento. Cuando para alentar una mejor respuesta no bastan el estímulo o la clarificación del contrato, aproximadamente hacia la cuarta sesión el terapeuta debe examinar las elecciones del paciente respecto de si continuar o no con el mismo curso del tratamiento.

Entre otras opciones terapéuticas posibles se cuentan el ensayo adicional de dos semanas para los pacientes a los que «les cuesta empezar», la derivación a servicios alternativos como los de terapia familiar, un tratamiento intensivo con internación, un programa de hospitalización parcial o la devolución del caso al funcionario encargado del control de la libertad condicional. Se aconseja a los terapeutas que sólo continúen con el tratamiento cuando esté razonablemente claro que el paciente se beneficia con él. A veces los pacientes con TAP se someten a la psicoterapia para no ingresar en prisión; su participación en el tratamiento puede ser muy marginal. Los terapeutas que se sienten obligados a continuar para que no encarcelen a sus pacientes que no consienten el tratamiento tal vez se basen en el supuesto de que esas personas necesitan que se las rescate. Si de eso se trata, es posible que el terapeuta no advierta que al proteger al cliente de las consecuencias legales de sus acciones en realidad puede estar respaldando la conducta antisocial.

Cuando el terapeuta intenta abordar la lista de problemas, también es probable que el paciente los niegue. Pretender por la fuerza que el paciente admita que tiene problemas probablemente dañará la comunicación y provocará la evitación del tratamiento, el abandono o una incesante lucha de poder. En lugar de ello, el terapeuta puede pasar revista a los criterios diagnósticos del TAP y compararlos con la historia del paciente. Se le explica entonces que éste es un trastorno grave que afecta el juicio y la conducta, y que tiende a generar consecuencias a largo plazo muy negativas para el individuo que lo padece (por ejemplo, lo separa de amigos y familia, provoca el ataque físico de los demás o el encarcelamiento prolongado). Es posible que el paciente esté dispuesto a servirse de la terapia para evaluar cambios potenciales, antes de que haya más consecuencias. Los pacientes cuyos problemas son enmarcados como síntomas de un trastorno no sienten tanto que se los esté acusando de mala conducta. A continuación, el terapeuta puede instrumentar una reseña sistemática de las opciones en diversos ámbitos de la vida, utilizando el proceso del descubrimiento guiado para ayudar al paciente a determinar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Es más probable que el paciente antisocial reconozca los problemas cuando advierte una clara desventaja personal, tangible y relevante en la vida cotidiana.

Por ejemplo Sam, un joven con TAP, estaba a punto de ser expulsado de la escuela de odontología. Sam creía que tenía que hacer lo que le parecía que deseaba, como contestarles mal a los supervisores o no volver hasta el miércoles de un viaje de fin de semana, aunque se hubiera previsto que atendiera un consultorio el lunes y el martes. Consideraba que las consecuencias de sus acciones eran sobre todo

problemas de los otros, y no de él.

Tendía a no prestar atención o a agredir a quienes trataban de convencerle de que tenía que avergonzarse de su mala conducta. El terapeuta le ayudó a reconocer que en realidad él deseaba evitar su expulsión de la escuela de odontología. En la terapia la discusión se centró en los modos de cambiar su creencia de que podía hacer todo lo que *le parecía* que le gustaba hacer. Sam trabajó para reducir la conducta que justificaba con sus sentimientos inmediatos. Lo hizo para lograr su meta de obtener un título en la escuela de odontología.

Tomando decisiones constructivas

Quizás el terapeuta desee emplear un formulario estructurado para pasar revista a las diferentes zonas problema y evaluar la «relación riesgo-beneficio» de las diversas opciones. Con ese fin se ha ideado un ejercicio de «reseña de opciones» (véase la tabla 8.3). Algunas partes de este ejercicio se adaptan a las tareas a realizar por el paciente, y pueden adecuarse a las necesidades de pacientes específicos. El formulario se usa reiteradamente en diferentes zonas de funcionamiento; el propósito es ayudar al paciente a desarrollar capacidad para considerar toda una gama de diversas posibilidades. El primer paso consiste en identificar alguna situación en la que haya problemas o tensiones, y después listar todos los factores pertinentes, como por ejemplo una relación en particular, el *status* en el trabajo o la salud física. Los pacientes evalúan su satisfacción en esos ámbitos en una escala que va de 0 a 100.

A continuación, en la segunda columna se enumeran todas las opciones posibles. La columna de opciones suele incluir la conducta inadaptada presente, así como alternativas más adaptativas; están las reacciones inmediatas, «automáticas», del paciente, y también otras posibilidades que surgen de una discusión entre paciente y terapeuta. En las columnas adyacentes se puntualizan las ventajas y desventajas de cada alternativa. El terapeuta señala las desventajas de la conducta inadaptada que el paciente haya pasado por alto, lo mismo que las ventajas de la conducta más adaptativa. Finalmente, el propio paciente evalúa la eficacia probable de cada elección, en una escala de 0 a 100. El seguimiento adecuado de este ejercicio incluye la reseña constante de las opciones conductuales consiguientes realizadas en las zonas problema examinadas, con una concomitante evaluación de su eficacia. Las reiteradas elecciones ineficaces indicarían la necesidad de repasar de nuevo las ventajas y desventajas, o quizá subrayen la conveniencia de abordar el déficit en alguna habilidad específica. También es posible que el paciente necesite revisar por qué continúa realizando opciones ineficaces. Ello podría deberse a alguna creencia disfuncional que antes no fue detectada.

TABLA 8.3 ***Ejercicio de reseña de las opciones***

Problema [a]	Opción [b]	Ventajas	Desventajas
Trabajo. Me han bajado de categoría y puesto a prueba. S = 10. Quiero conservar el empleo.	Decirle al jefe que con su pan se lo coma e irse de la empresa. E = 20.	Es fácil. Permite vengarse.	Hay que buscar trabajo de nuevo. No quiero irme de la empresa.
	Exigir el puesto anterior. E = ?	Demuestra que no soy un tonto. Podría dar resultado.	Corro el riesgo de que me despidan. Demuestra falta de respeto por las decisiones del jefe.
	Encontrar un modo de hacer quedar mal al jefe, en venganza. E = 25.	Me sentiría mejor después de lo que él me hizo.	El jefe podría descubrir que le hice quedar mal. Eso no me ayudaría.
	Trabajar lo menos posible hasta que demuestre tener más fe en mí. E = 50.	El riesgo es pequeño para mí. Me lo tomaría con calma por algún tiempo.	Aburrimiento. Probablemente no conseguiría volver muy pronto al antiguo puesto.
	Adoptar una actitud positiva y volver a ascender. E = 60.	Demuestro que me interesa la empresa. Tendría algo que hacer, no me aburriría.	La empresa sacaría partido de mi trabajo después de haberme reprendido.

Notas:

[a] Las calificaciones «SI = 1__» de esta columna indican la satisfacción del paciente con los hechos de la situación, en una escala del 0 al 100.

[b] Las calificaciones «E1 = 1__» de esta columna indican la estimación por el paciente de la eficacia de cada opción, en una escala del 0 al 100.

Interacciones específicas entre terapeuta y paciente

Se recomienda vivamente a los clínicos que aclaren que su función no es la de arbitro o juez, sino la de un auxiliar o un socio cooperativo en la evaluación personal, y la de un especialista en ese proceso de evaluación. El propósito explícito de la terapia es pasar revista a la utilidad personal de las elecciones presentes del paciente y enseñarle una estrategia cognitiva para lograr el éxito. En lugar de moralizar, el terapeuta señala las consecuencias que de otro modo podrían ser problemas no reconocidos por el paciente. En última instancia, la definición de lo que es el éxito

personal queda en manos del sujeto. El terapeuta se concentra en ayudarle a clarificar sus prioridades personales. El terapeuta cognitivo se esfuerza por enseñarle a pensar y actuar de modo diferente, con más deliberación, en lugar de empujarle a modificar sus sentimientos respecto de su conducta pasada.

Para estructurar más este rol, se recomienda al terapeuta que no asuma la responsabilidad de dispensar a estos pacientes refuerzos importantes. Es probable que esto constituya un problema en los escenarios de internación, en los que los terapeutas suelen decidir el acceso a ciertos privilegios. Si los recursos del personal lo permiten, puede ser útil que un clínico determine esos premios basándose principalmente en la conducta manifiesta del paciente mientras otro realiza la terapia cognitiva. Si se aplica esta estrategia, el terapeuta cognitivo tiene que evitar concienzudamente arbitrar en disputas o intervenir ante terceros en beneficio del paciente. Otros miembros del personal orientarán al paciente para que revise el problema con el terapeuta cognitivo.

El desarrollo y mantenimiento de una buena comunicación con el paciente antisocial es una componente crucial del tratamiento. La terapia cognitiva adecuada requiere un *rapport* razonablemente positivo y cooperativo, que es necesario pero no suficiente para la intervención. Una razón principal para que el terapeuta no asuma una posición de control con el paciente es que debe conservar ese *rapport*, evitando las luchas de poder. Otro método para circunscribir las luchas improductivas por el poder consiste en admitir la vulnerabilidad a la manipulación (Francés, 1985). El terapeuta gana en credibilidad al reconocer la eficacia de esta aptitud del antisocial. Es probable que estos pacientes le mientan al terapeuta, que puede enfrentarse a ese obstáculo admitiendo la posibilidad del engaño, con lo cual evita la trampa de asumir el papel de arbitro de la verdad. Si el terapeuta trata de presentar una fachada impenetrable de dureza, lo probable es que el paciente antisocial se sienta desafiado a demostrar que ese profesional es manipulable.

Los terapeutas pueden seguir, como ayuda en su abordaje de pacientes antisociales, las consignas que a continuación detallamos:

1. El terapeuta tiene que comportarse de un modo que promueva el *rapport* y no haga que el paciente con TAP se aleje de él. Es preciso que éste le vea como a un profesional inteligente y amistoso, y no como a una figura punitiva de autoridad. Las siguientes características ayudan al terapeuta a tener la influencia deseada sobre la relación terapéutica:
    a. Confianza en sí mismo.
    b. Objetividad fiable pero no infalible.
    c. Un estilo interpersonal distendido y no defensivo.
    d. Un claro sentido de los límites personales.

e. Un gran sentido del humor.

Estas características son herramientas importantes para lograr un buen *rapport* con un paciente antisocial, y conviene cultivarlas.

2. Estos pacientes responden a los aspectos más directos y concretos de la conducta del terapeuta. Por lo tanto, la interacción que transmite una desconfianza indebida, tentativas de sugestión o una actitud de superioridad, distanciamiento o compasión, reduce el *rapport* y alienta diversas reacciones contraproducentes.
3. En la medida en que el terapeuta desea facilitar el desarrollo psicosocial característico del adolescente, es importante que considere de qué modo puede lograr que su paciente se identifique con él como si fuera un par. Un paciente con TAP veía a su terapeuta «como a una hermana», sobre todo porque ella le escuchaba y le ayudaba a priorizar sus problemas de familia sin sermonearlo ni amonestarlo. Otros terapeutas logran este tipo de *rapport* dedicando tiempo extra a jugar a cartas con los presos o pacientes, o siguiendo el principio de no ignorar nunca los últimos chistes que circulan en la cárcel, por lo cual se los llega a considerar «de los nuestros». No hay fórmulas simples para lograr este *rapport*, porque la combinación correcta varía con las características del terapeuta, del paciente y del escenario.

El terapeuta puede experimentar algunas fuertes reacciones emocionales en el trabajo con pacientes antisociales, a menudo denominadas «reacciones de contratransferencia». Entre ellas se destacan la desconfianza y la cólera, así como la desesperanza y la frustración respecto de los propios esfuerzos para intervenir con éxito. Como ya hemos dicho, la primera trampa consiste en participar en luchas de poder que ponen al terapeuta en guardia para no ser engañado o embaucado. Luchar con un paciente y tratar de sorprenderle cuando miente, hace que el terapeuta termine encolerizado con ese paciente. Este sentimiento también puede indicar que el terapeuta ha activado su propio moralismo y su deseo de castigar al paciente por su mala conducta. En tales casos puede ser útil que el terapeuta le pida a un tercero que actúe en el papel de juez y arbitro de las consecuencias para el paciente. El propio terapeuta tiene que evitar ese rol, puesto que si él es crítico y controlador el paciente se vuelve resistente y defensivo. En lugar de ello, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a aprender a realizar mejores elecciones.

El terapeuta puede sentirse frustrado y desvalido cuando se enfrenta a sus propias limitaciones para tratar a los pacientes antisociales. Algunos de estos individuos parecen totalmente impermeables a la interacción terapéutica. Los criminales «duros», que no piensan que tienen mucho que perder, pueden constituir uno de tales grupos de pacientes que eluden el tratamiento. Otro grupo es el de los pacientes externos a la deriva, que tienen un estilo de vida parasitario (a menudo controlados

por el abuso de drogas) y tratan constantemente de ganarle de mano a la ley. Estos abandonan el tratamiento después de una sesión o dos, cuando resulta claro que el terapeuta no caerá en algunas trampas obvias.

Al terapeuta pueden perturbarle pensamientos como «¿Por qué tendría que molestarme siquiera por esta basura?». Tal vez le parezca que el paciente antisocial es imposible de manejar, que es improbable que cambie, y que por lo tanto el esfuerzo de la terapia no vale la pena. La desesperanza respecto del efecto del tratamiento se puede atemperar centrándose en metas limitadas que se refieren a la reducción de la conducta peligrosa para el propio paciente y para otros. Hay que tener cuidado de no desdeñar los esfuerzos humildes. La terapia puede ser una tarea gradual, que empiece con mayor énfasis en la conducta y avance hacia los procesos cognitivos. Quizás el paciente antisocial nunca siga las reglas de la sociedad, a causa de sus actitudes internas acerca de la responsabilidad. Pero puede aprender a reconocer algunas de las ventajas de revisar su conducta y a tener en cuenta los sentimientos de los demás.

Caso ilustrativo

El caso siguiente de una paciente con diagnóstico de TAP ilustra el modo como se aplica el tratamiento cognitivo. Incorpora la reseña de opciones en una intervención adaptada a esta paciente. A pesar de las múltiples complejidades de esta presentación clínica, el éxito del tratamiento se relacionó con una intervención limitada, centrada en problemas de irresponsabilidad parental e irritabilidad interpersonal. En el curso del tratamiento, las cogniciones de la paciente pasaron, poco a poco, de un foco predominante en su propio interés y en sus reacciones emocionales inmediatas, a un mayor reconocimiento de las consecuencias de su conducta sobre otras personas y el modo como a su vez las reacciones de éstas le afectaban a ella. Por ejemplo, dejó de centrarse tanto en el trato injusto al que presuntamente se la sometía, para adquirir más conciencia del modo como su propia conducta suscitaba ese mal trato. En relación con su rol parental, ella dio pruebas de haber pasado del primer nivel (el propio interés sin ningún condicionamiento) al segundo (el propio interés condicionado) de la jerarquía del desarrollo cognitivo. Esto resultó evidente cuando pudo considerar al mismo tiempo las necesidades de su hija, sus propios deseos y las reacciones del padre.

Susan era una joven blanca de 28 años, paciente externa en psicoterapia en el marco de una complicada intervención de terapia familiar. Su hija de 7 años, Candy,

fue llevada al tratamiento por el padre (que tenía la custodia de la niña) y su esposa (el señor y la señora R.), debido a su desobediencia y mal humor, que habían aumentado cuando Susan, poco tiempo antes, trató de visitarla con más frecuencia, una vez por mes. Durante los años anteriores, Susan había visitado a su hija muy esporádicamente, llegando incluso a pasar un año completo sin verla. El derecho de visita de Susan dependía del consentimiento de los padres adoptivos y era supervisado por ellos, pues la justicia había encontrado a la paciente culpable de negligencia.

La historia de Susan, recogida en entrevistas con ella misma y con los R., así como en copias de los testimonios judiciales, revelaba un trastorno de conducta antes de los 15 años y una persistente conducta irresponsable y antisocial desde esa edad. A los 18 años se la había condenado por vender drogas; había pasado un año en la cárcel. Susan concibió a su hija mayor, Candy, en el curso de una breve relación con el señor R., pero no le dijo que estaba embarazada, ni él supo nada de la existencia de su hija hasta que la niña tuvo casi 3 años. La conducta impulsiva e irresponsable de Susan finalmente llevó a que se le retirara la custodia de sus dos hijas debido a su negligencia.

En el momento del contacto terapéutico inicial, Susan vivía en una ciudad a unos 240 kilómetros de los R. Durante un par de meses había viajado una vez por mes y visitado a su hija biológica menor, Carol, permaneciendo por la noche en casa de su propia madre. También quería volver a visitar a Candy, de modo que aceptó la exigencia de los R. de que iniciara una terapia.

Al principio, Susan fue cordial, pero también defensiva, y demostró resentimiento por las circunstancias de la terapia. A regañadientes se sometió al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, y produjo un perfil válido caracterizado por rabia y una posición defensiva, con una elevación en la escala 4 (Desviación Psicopática).

Después de entrevistas separadas con Candy y Susan, y de observarlas jugar juntas, el terapeuta advirtió un alto grado de apego e interés interpersonal entre ellas. Con sus esfuerzos por visitarla con más frecuencia, Susan demostró un interés acrecentado por tener un papel en la vida de su hija. Los R. informaron que, cuando estaba con la niña, Susan se comportaba adecuadamente, la cuidaba, jugaba con ella, no la maltrataba ni la desatendía. Susan adujo que había estado varios meses en una escuela comercial, que durante más de seis meses había trabajado en el mismo empleo y que tenía una relación de pareja de más de seis meses de duración, todo lo cual demostraba una creciente estabilidad en su vida.

Sobre la base de esta información, el terapeuta acordó trabajar con Susan y Candy. Le informó a Susan que su historia y los resultados del test psicológico indicaban que tenía un TAP. Se le explicó que se trataba de un trastorno del estilo de vida que incluía juicios y conductas generadores de consecuencias negativas para ella misma y para otras personas (como Candy). La meta acordada de la terapia cognitiva

fue ayudar a Susan a conseguir autorización para visitas más frecuentes a la hija y observar la adaptación general de Candy. Candy respondió positivamente a los contactos con Susan, pero tenía celos de que su media hermana Carol hiciera más cosas con la madre, y le costaba despedirse cuando terminaban las pocas horas de la visita. La desobediencia y el mal humor de Candy parecían empeorar después de una visita de Susan si Carol pasaba la noche con la madre. La conducta de la niña también empeoraba hacia mediados de mes, cuando empezaba a dudar de que la madre volviera a verla.

La reseña de las opciones se centró en las visitas a Candy, así como en otras preocupaciones específicas de la paciente, relacionadas con la forma de conducirse con sus dos hijas. El formulario para este ejercicio se introdujo muy pronto en el tratamiento, en cuanto quedó establecido un contrato para la terapia.

En la tabla 8.4 se presenta un ejemplo de ejercicio de reseña de las opciones, realizado por Susan, que listó sus reacciones inmediatas, «automáticas», a la situación de visita, así como otras reacciones posibles que ella examinó con el terapeuta. Por medio de la discusión de este ejercicio, Susan pudo ver que no tenía capacidad para influir en el futuro de sus visitas a Candy. Decidió que expresar su resentimiento por lo que ella consideraba la injusticia de los límites impuestos a las visitas no tenía tantas probabilidades de permitirle conseguir su objetivo como tratar de establecer con los R. una relación «de buena fe». El terapeuta la ayudó a determinar cuándo y cómo tenía que poner a prueba el desarrollo de la «buena fe» con el requerimiento gradual de autorizaciones más amplias para el trato con Candy.

TABLA 8.4 ***Ejercicio de la reseña de las opciones de Susan***

Problema	Opción	Ventajas	Desventajas
Las visitas. Los R. tienen una resolución judicial que les permite controlar mis visitas. Sólo me autorizan una visita de cuatro horas en su casa. S = 10.	Decirles que se dejen estar de resoluciones. E = 40.	Me sentiré mejor.	Puede ser un tiro por la culata y provocar mayores restricciones.
	Renunciar e interrumpir por completo las visitas. E = 20.	Es fácil. Menos problemas. Puede ser lo mejor en todos los sentidos.	No es lo que realmente quiero. Podría herir a Candy.
Los R no confían en mí. Piensan que soy una madre inepta. Quiero pasar tiempo a solas con mi hija. S = 0.	Ir a buscar a Candy a la escuela. E = 25.	Responderle de mal modo a los R. y ganar tiempo con Candy.	Quizás me arresten. Candy podría resultar lastimada.
	Tratar de convencer a los R. de que no le haré daño a Candy. E = 50.	Los R. podrían ceder y permitirme más cosas con Candy.	Es como una espina en la garganta. Demasiado lento. No es justo conmigo.
	Exigirles a los R. que me den más tiempo con Candy. E = 20.	Me sentiría mejor más rápido.	Son tercos y no cambiarán de opinión. Quizás hagan las cosas más difíciles.
	Pedidos graduales de más libertad con Candy. E = 70.	Podría producir resultados rápidos, aunque graduales. Da la oportunidad de establecer una relación de buena fe con los R.	Demasiado lento para mi gusto.

Al cabo de unos ocho meses, Susan, a la que al principio no le confiaban a Candy para que la llevara en su auto a la terapia conjunta, llegó a almorzar sola con la niña después de la sesión; madre e hija pasaban solas, inicialmente, no más de la mitad de la visita de ocho horas; después se les permitió estar solas durante la mayor parte de la visita y finalmente compartieron toda una noche en casa de la abuela materna de la niña. Susan había ido consiguiendo por sí misma esas autorizaciones de los R., después de practicar con el terapeuta el modo de pedirlas.

Al principio la negociación entre Susan y los R. se realizó en presencia del terapeuta, para facilitar la comunicación. Los R. expusieron sus reparos, que Susan trató de responder tranquilizándoles y no de un modo hostil —tal como lo había practicado con el terapeuta—. Cuando Susan respondía con hostilidad, los R. se retraían y por el momento se negaban a ampliar la autorización, lo cual resultaba útil,

porque le permitía a Susan advertir que su propia actitud le impedía obtener lo que buscaba. El terapeuta se cuidó de no intervenir para tranquilizar a los R. en beneficio de Susan, sino que trabajó con la paciente, ayudándola a tener presentes sus prioridades y a considerar la eficacia de su conducta.

Candy presentó una mejoría en su estado de ánimo general; era más cooperativa en el hogar y la escuela. Un factor crítico en el progreso logrado con Candy y Susan consistió en que ésta siguió visitando a los R. y actuando de manera adecuada y responsable cuando la niña estaba a su cuidado. Aparentemente valoraba la relación con su hija y estaba dispuesta a trabajar por ella. Podía funcionar razonablemente bien en un rol parental estructurado y limitado en el tiempo. Pero esa estructura tenía que ser lo bastante flexible como para permitirle un contacto agradable con la hija, en lugar de poner énfasis en las limitaciones como castigo por no haber sido una buena madre en el pasado.

Las intervenciones ayudaron a Susan a perseguir su meta de hacer más visitas y a reconocer que los esfuerzos graduales eran más eficaces que las exigencias del tipo «todo o nada». Cuando llegó a reconocer que su actitud respecto de los otros influía en el trato que después recibía, y que podía conseguir otro trato cambiando de actitud, hubo un ascenso de sus pensamientos y razonamientos en la jerarquía cognitiva. Demostró poseer algún potencial para avanzar hacia el tercer nivel (del interés social general) al considerar también las necesidades y los deseos de varias personas. No obstante, esas consideraciones seguían respondiendo a un interés personal, aunque condicionado, y no al compromiso de ser una buena madre porque ello era importante para la adaptación de Candy. Por ejemplo, tendía a poner énfasis en lo que podía disfrutar con su hija, y no en lo que ésta podía disfrutar con ella. En otro momento, cerca del final de la terapia, Susan planteó la posibilidad de irse a vivir a Europa con su novio. Le preocupaba principalmente que la niña se enojara y la rechazara, sin demostrar sensibilidad a que Candy podría echarla mucho de menos; no pensaba en su responsabilidad de madre. Pero el tratamiento terminó cuando se alcanzaron las metas acordadas de la terapia, con un programa de visitas mutuamente satisfactorio, cumplido sin incidentes durante tres meses; Candy presentó una mejoría significativa en su estado de ánimo y en la cooperación en el hogar y la escuela.

Tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad con trastornos asociados de Eje I

Consideraciones generales

Junto con el TAP pueden manifestarse varios trastornos de Eje I del DSM-III-R, complicando tanto el diagnóstico como el tratamiento. Los más frecuentes son el abuso de alcohol o sustancias tóxicas, el trastorno por somatización (Haré, 1985a; Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz y Akiskal, 1986), y el trastorno afectivo mayor (Francés, 1985). Cada uno de estos trastornos asociados se aborda con un plan de tratamiento específico basado en los métodos típicos para ese problema. Los métodos de la psicoterapia cognitiva destinados al TAP se aplican después de lograda la mejoría en el trastorno del Eje I. Si el paciente no reconoce tener un TAP, es improbable que continúe en tratamiento un tiempo suficiente como para trabajar con sus problemas de personalidad.

Aunque quizá parezca que las consecuencias de sus acciones no les importan, los pacientes con TAP sufren con gran intensidad las pérdidas, las relaciones frustradas o el ser explotados, problemas que en algunos casos dan lugar a depresiones clínicas. Por ejemplo, un hombre de negocios antisocial cayó en una depresión y pidió tratamiento después de una serie de desastres: su tenedor de libros le estaba robando en la empresa; a él se le había acusado de evasión de impuestos; su mujer había descubierto que mantenía una relación extramarital y lo había abandonado, mientras la hija, disgustada porque le había mentido, no quería verle más. Por lo general, las cogniciones depresogénicas del paciente antisocial reflejan la idea de que en la vida ha tenido mucha mala suerte.

Hay que tener especialmente en cuenta la manifestación simultánea del TAP con un trastorno por abuso de sustancias tóxicas y un trastorno afectivo mayor, porque esta combinación supone un muy alto riesgo de suicidio (Francés, 1985). En este caso, los dos trastornos del Eje I requieren tratamiento inmediato. Como los pacientes con TAP se caracterizan por el control pobre de sus impulsos, la indiferencia por las consecuencias de sus acciones y la pérdida de perspectiva del futuro, es necesario controlar continuamente el potencial de suicidio. Lo típico es que la depresión y el abuso de sustancias tóxicas exijan esfuerzos más intensos al principio del tratamiento; el TAP se va situando en el centro de atención a medida que progresa la terapia. No obstante, las principales distorsiones del TAP se identifican y tratan a lo largo de todo el tratamiento. Se espera que éste dure más que el tratamiento para el trastorno del Eje I por sí solo; no puede progresar con fluidez y rapidez cuando también hay un TAP, porque entonces es más probable que el paciente actúe de un modo que provoque que los demás se alejen y que no admita su propio papel en estos problemas. La consecuencia es que le resulta difícil utilizar la experiencia pasada para evitar problemas futuros.

Caso ilustrativo

Joe era un soldador de 34 años que ingresó voluntariamente en un hospital de la Administración de Veteranos para tratar su alcoholismo después de un incidente en el que golpeó a su mujer. Se había establecido un trastorno de conducta antes de los 15 años, y ya de adulto había demostrado ser considerablemente agresivo, irresponsable e indiferente a los derechos de los demás. Su esposa, Becky, y sus cuatro hijas estaban viviendo de una combinación de asistencia pública y ayuda de parientes.

En varias ocasiones, Joe había sido hospitalizado durante períodos breves para realizar tratamientos de desintoxicación, que en ningún caso continuaron con programas de rehabilitación. Esta vez había completado una desintoxicación de dos semanas y se había comprometido a someterse a un tratamiento de su alcoholismo de seis semanas de duración. Después de la desintoxicación se realizó una evaluación psicológica que incluyó un perfil válido del MMPI con elevaciones en las escalas 2 (Depresión), 4 (Desviación Psicopática) y 8 (Esquizofrenia). Joe cooperó con todos los aspectos de este programa de tratamiento estándar, amplio, ambiental, para el abuso de sustancias tóxicas. También estuvo de acuerdo en trabajar con sus problemas de personalidad antisocial en una terapia cognitiva individual. Las sesiones se realizaron tres veces por semana; hubo un total de dieciocho.

La terapia cognitiva de Joe apuntó a las zonas siguientes: la conducta con otras personas (irritabilidad y agresión), la consideración de su propia seguridad y su salud personales (bebida, drogas y desazón asociada), y su funcionamiento como padre (irresponsabilidad).

La zona-objetivo de la conducta con otras personas fue el foco de la discusión sobre el incidente de maltratos a su esposa. La terapeuta introdujo el concepto de «ciclo de palizas» (Walker, 1979, 1980), en el cual la escalada de tensiones personales y familiares lleva a estallidos de cólera y agresión verbal que culminan con un incidente más grave de agresiones físicas, seguido por malestar y el deseo de restablecer el equilibrio. Este modelo parecía corresponder a la pauta de violencia de Joe. Después de cada incidente, le perturbaba la tensión con Becky. No quería indisponerse con su mujer, ni estar separado de sus cuatro hijas. Se le señaló que aparentemente había minimizado las consecuencias de ser irritable y agresivo con su mujer, hasta que ésta le amenazó con el divorcio.

Se le pidió a Joe que hiciera descripciones concretas de sus tensiones típicas en la vida de familia. Debía detallar lo que cada persona había dicho y hecho, así como sus propios pensamientos automáticos sobre la situación. Por ejemplo, le fastidiaba que al volver del trabajo las niñas siguieran jugando fuera de la casa, o viendo la televisión, en lugar de correr a recibirle. Entonces pensaba para sí: «No les importa que haya trabajado duro todo el día». El siguiente pensamiento automático era: «La madre no les enseña a que me respeten». Por la noche le seguían irritando otras conductas de las niñas: dejaban comida en el plato o se peleaban por el programa de televisión que

iban a ver. El paciente atribuía esa aparente mala conducta al hecho de que Becky las **educaba** mal, lo cual le encolerizaba cada vez más contra ella. Era impredecible el momento en que Joe perdería el control y golpearía a su esposa. Prácticamente cualquier nimiedad llevaba a que se dijera «¡Ya basta!», y convirtiera a Becky en blanco de su violencia. Incluso sucesos domésticos triviales (una de las hijas pedía dinero para el almuerzo, el perro ladraba, Becky decía que iba a comprar leche) podían desencadenar el incidente, porque Joe los interpretaba como muestras de falta de respeto o malevolencia.

En un ejercicio de reseña de las opciones se enumeraron todas las circunstancias como «situaciones problema». Después, paciente y terapeuta trataron de pensar en los diferentes modos posibles de reaccionar a cada situación, con sus respectivas ventajas y desventajas. El objetivo de la intervención era no sólo ayudar a Joe a advertir todas las opciones que tenía en el acceso violento, sino también ayudarle a elegir mejor el modo de tratar con las tensiones previas y a percibir la pauta que se desplegaba a partir de su irritabilidad y agresividad incontroladas. Un factor crucial de este proceso consistía en ayudarle a reconocer que sus pensamientos negativos eran los desencadenantes de su cólera y su conducta agresiva, para que dejara de atribuir sus acciones a algo que Becky había dicho o hecho. Un segundo factor principal fue clarificarle a Joe de qué modo sus creencias subyacentes reflejaban reglas de vida que le imponían desconfiar de los otros, y la convicción de su infalibilidad personal. Él tenía las convicciones básicas de que «Todo el mundo trata siempre de reñirte», «A nadie le importo un pito», y «Siempre debo tener la última palabra, porque tengo razón».

Los pensamientos automáticos negativos de Joe se caracterizaban por la generalización excesiva y la justificación emocional de sus acciones. Por ejemplo, una noche llegó tarde a su casa (después de haber estado bebiendo) y encontró que Becky ya había levantado la mesa y retirado la comida. Su pensamiento automático fue: «Esta bruja nunca me prepara una comida decente». Cuando trató de censurarla por ello, pensó «Me está ignorando», de modo que la golpeó para obligarla a prestarle atención. Cuando el terapeuta le pidió que evaluara la validez del primer enunciado («Esta bruja…») e identificara otras reacciones posibles, Joe reconoció que se trataba de un pensamiento distorsionado, puesto que en realidad Becky era un ama de casa muy responsable. Entonces Joe y su terapeuta examinaron diferentes modos posibles de manejar más pacíficamente una situación como ésa. La discusión ayudó al hombre a advertir que Becky y sus hijas también necesitaban que se las tuviera en cuenta. Aunque sin aceptarlo con entusiasmo, Joe aceptó considerar la sugerencia del terapeuta en cuanto a que su abuso de la bebida obstaculizaba un pensamiento más racional y hacía que Becky deseara alejarse.

Se evaluaron en otras situaciones interpersonales las acciones automáticas de Joe basadas en sus sentimientos de irritación y agresividad. Su tendencia a entrar en peleas a golpes era una forma de castigo automático. Si se sentía desafiado, aunque

fuera mínimamente, Joe creía que debía defenderse a golpes. Al reseñar las consecuencias de esa elección, Joe reconoció que ser injuriado constituía una desventaja concreta. Incluso cuando supuestamente «ganaba» la pelea, lo típico era que cultivara algunos agravios. Se le pidió que sopesara la ventaja de desahogarse con acciones reflejas inmediatas y a veces «ganar», en comparación con las desventajas de sufrir un daño físico, ser quizá detenido y tal vez exponerse a agravios futuros (porque en algunos casos sus oponentes volvía a desafiarlo). Era Joe quien tenía que decidir si valía la pena permitir que los comentarios casuales de conocidos o incluso extraños le hicieran exponerse a un daño físico por lo menos temporal. Se examinaron estrategias alternativas para los momentos en que Joe podría elegir no exponerse a un daño físico o abstenerse del razonamiento emocional. Sus opciones preferidas fueron decirse que debía desahogarse sin reaccionar, y tranquilizarse alejándose de la situación sin ningún contacto físico.

El programa de tratamiento con internación para el alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas hacía énfasis en las consecuencias negativas de la adicción y en el mantenimiento de la sobriedad con una abstinencia total. Puesto que el paciente estaba en un programa amplio para el tratamiento de ese trastorno del Eje I, la terapia individual se centró en problemas selectivos previsibles en el mantenimiento de la abstinencia fuera del hospital. Joe listó situaciones de bajo, medio y alto riesgo relacionadas con el abuso de sustancias tóxicas, e identificó pensamientos capaces de llevarle a beber o tomar píldoras. Entre ellos se contaban pensamientos automáticos tales como «Realmente necesito un trago» o «¡Qué diablos, por esta vez puedo controlarme!».

Al examinar sus opciones alternativas, Joe reconoció que era importante cuestionar esos pensamientos y planificar conductas alternativas para impedir una recaída en el abuso de sustancias. Comprendió que podía optar por evitar o sustraerse a una situación de alto riesgo como la de ir a un bar después del trabajo. También planeó contrarrestar los pensamientos que podrían hacerle recaer, recordando que el cuerpo sólo necesita agua y que sentir «la necesidad» de una bebida alcohólica suponía confundir deseos con necesidades. Joe reconoció que iba a necesitar una práctica y un apoyo considerables para seguir optando por lo que le ayudaba a alcanzar sus metas, a permanecer fuera del hospital o la cárcel, y a mantener la familia unida. Por lo tanto preveía seguir como paciente externo y asistir a encuentros regulares en Alcohólicos Anónimos.

Este paciente con TAP presentó una buena respuesta con su conformidad general al programa de tratamiento y con un cambio de conducta —dejó de ser quisquilloso y hostil y se volvió más amistoso y positivo—. La comunicación positiva que mantuvo con el terapeuta representó una influencia importante en el desarrollo de la aptitud para considerar puntos de vista alternativos. Hay información sobre el progreso sostenido de este paciente dos años más tarde, cuando él y su mujer visitaron a la terapeuta para agradecerle su ayuda y pedirle consejo sobre la creación de un grupo

de apoyo para veteranos de Vietnam. Joe había seguido trabajando y absteniéndose de beber; la familia continuaba unida y no había vuelto a haber violencia.

Tratamiento de rasgos de personalidad antisocial

Las estrategias de la terapia cognitiva también pueden aplicarse con personas que presentan rasgos de personalidad antisocial pero no satisfacen todos los criterios del TAP. Brett era un joven de ese tipo; recurrió a la terapia como paciente externo después de haber sido detenido por estar en posesión de objetos robados. Tenía 29 años y había presentado rasgos de conducta irresponsable y antisocial desde los 15, pero no existían pruebas de que antes de esa edad hubiera tenido un trastorno de conducta. Era un joven muy voluble y buen mozo, con un encanto carismático. Produjo un perfil válido en el MMPI, pero que presentaba elevaciones clínicas moderadas en la escala K (Corrección), en la escala 4 (Desviación Psicopática) y en la escala 9 (Manía), y una elevación subclínica en la escala 2 (Depresión).

Durante la mayor parte del final de la adolescencia y el principio de la edad adulta, Brett había vivido recurriendo a diversos ardides y trampas para no tener que pagar por las cosas. Por ejemplo, había cargado cientos de dólares por llamadas telefónicas al azar en la cuenta de uno de sus compañeros de residencia. Había sido alumno de una importante universidad, casi continuamente desde su egreso de la escuela secundaria. Aunque sin el título de bachiller, logró ingresar en un programa de comunicaciones para graduados. Poco antes de la terapia, Brett había sido sorprendido *infraganti* con bienes robados y una pequeña cantidad de drogas.

El diálogo siguiente entre Brett y su terapeuta ilustra de qué modo fue guiado a pensar sobre las consecuencias de sus acciones y su efecto en los demás, en el contexto de la evaluación de si estaba realmente alcanzando sus propias metas.

Terapeuta: ¿Hasta qué punto el enfoque de «derrotar al sistema» fue ventajoso para usted a lo largo del tiempo?

Brett: Da muy buen resultado… hasta que alguien te sorprende o empieza a darse cuenta. Entonces uno tiene que cambiar de planes, emplear un plan nuevo.

Terapeuta: ¿Era difícil archivar un esquema y empezar con otro?

Brett: A veces es realmente fácil. Hay mucho bobo por ahí.

Terapeuta: ¿Siempre fue fácil?

Brett: Bien, no. Otras veces resulta un desastre. Por ejemplo, lo del teléfono. Terminó en un gran problema. No había modo de ocultarlo y todos me hicieron pasar un muy mal rato.

Terapeuta: ¿Fue muy fácil empezar un plan alternativo?

Brett: No con los teléfonos. Nunca encontré otro plan.

Terapeuta: ¿Y las otras veces? ¿Encontró con facilidad planes para derrotar al sistema, esto es, planes que realmente dieran resultado?

Brett: Bien, encontré muchos buenos, pero no era fácil llegar a uno verdaderamente provechoso.

Terapeuta: ¿Un buen plan dura mucho tiempo, o se necesitan otros nuevos muy a menudo?

Brett: Parece que siempre estoy necesitando un buen plan para derrotar al sistema.

Terapeuta: ¿No piensa que es más fácil estar de parte del sistema que tratar de derrotarlo de algún modo?

Brett: Bien, después de todo lo que he pasado, diría que sí, que a veces acompañar al sistema habría sido más fácil a largo plazo. Cuando me condenen a pagar compensaciones legales, gastaré más que lo que me habría costado mi educación. Pero… Derrotar al sistema es un desafío tal… Era excitante encontrar un nuevo plan y pensar que podía dar resultado. Estar de parte del sistema ni siquiera se me ocurrió nunca.

Terapeuta: Entonces, ¿lo que usted elige hacer es lo que le dicta la excitación de la idea, del plan?

Brett: Sí.

Terapeuta: Pero varios de sus planes en realidad terminaron costándole caro y creándole problemas a largo plazo.

Brett: Sí.

Terapeuta: ¿Cómo se compagina eso con su meta de llevar una vida fácil, libre de preocupaciones, en la que no haya que trabajar mucho?

Brett: No se compagina. (*Pausa*). Entonces, ¿cómo se consigue una vida fácil, doctor?

Terapeuta: Bien, ¿cuándo empieza usted a hacer planes para derrotar al sistema?

Brett: Cuando tengo que pagar algo, o cuando quiero algo que me cuesta dinero.

Terapeuta: ¿Siempre piensa en todas las opciones que tiene y las sopesa según las consecuencias que tendrán?

Brett: Por lo común no. Por lo común opto de entrada por derrotar al sistema.

Terapeuta: ¿Qué cree que sucedería si pensara en las otras opciones, en lugar de actuar de acuerdo con lo que le excita en ese momento?

Brett: No lo sé.

Terapeuta: ¿Hay ahora en su vida alguna situación que le exija dinero y le obligue a pensar en cómo conseguirlo?

Brett: Sí… Tengo que pagar los alquileres de mi apartamento y del *nightclub*, preparar el lugar como negocio y pagarle a mi abogado.

Terapeuta: ¿Qué opciones tiene para hacerlo?

Brett: Bien, a mi abogado tuve que darle un anticipo, y usted quiere que le pague sesión por sesión, de modo que no tengo mucha libertad de acción.

Terapeuta: En vista de los límites dentro de los que debe moverse, ¿cuáles son sus opciones?

Brett: Bien, he estado tratando de imaginar el modo de librarme del alquiler de mi apartamento. Si puedo encontrar una buena treta, quizás logre que el propietario se espere algún tiempo.

Terapeuta: ¿Eso no podría ser peor para usted?

Brett: En realidad, una vez lo hice, y me demandaron. No quiero que vuelva a ocurrirme, porque además de acabar en la cárcel podría perder el anticipo del alquiler.

Terapeuta: ¿Qué otras opciones tiene para su apartamento y los planes para el *nightclub*?

Brett: He pensado en tratar de encontrar un compañero o subalquilar el apartamento, o perder el depósito, romper el contrato y mudarme arriba del *nightclub*. De ese modo sería más cómodo trabajar en el mismo lugar, y tendría algún alivio de la presión económica hasta que el negocio crezca.

Terapeuta: ¿Hacer eso tendría alguna consecuencia negativa?

Brett: Tendría que vivir en un agujero. Salvo ésa, no veo ninguna otra. El propietario del apartamento ya me dijo que basta con que le dé un preaviso de un mes.

Terapeuta: ¿No puede hacer nada para mejorar el espacio del *nightclub*!? ¿Arreglarlo un poco?

Brett: Por supuesto que sí. En realidad no está tan mal. Y quiero arreglarlo de todos modos, para tener una bonita oficina privada en el club.

Terapeuta: Parecería que tiene varias opciones para afrontar su actual situación económica. En el pasado usted casi siempre encaró los problemas económicos con algún ardid para derrotar al sistema. Es como si hubiera reaccionado emocionalmente a la excitación que le producía la idea, quizás el sentimiento de ganar algo o sólo de hacerlo funcionar. Después esa excitación lo arrastraba, sin que usted pensara en las consecuencias posibles ni en las alternativas. Esta vez ha considerado varias posibilidades. ¿Qué cree que sería más fácil y mejor para usted a largo plazo?

Brett: Arreglar el espacio del *nightclub* y mudarme a él.

En otra sesión, Brett discutió sobre su relación con una joven, Sara, a la que tendía a culpar de la mayoría de sus dificultades. El terapeuta alentó a Brett a analizar sus opciones con las mujeres en general, para ver si esas elecciones le habían ayudado o no a alcanzar sus metas. Fue guiándolo hacia el cambio de su conducta contraproducente y el aprendizaje de tener en cuenta a las otras personas y el orden social al considerar las alternativas posibles.

Brett: Anoche le hablé a Sara. Le rogué que siguiera acostándose conmigo.

Terapeuta: Espere un momento… Creía que Sara le ha llevado a los tribunales.

Brett: Así es. Pero todavía me ama. Y yo quiero que seamos amigos. Quizá logre que retire algunas de las acusaciones.

Terapeuta: Tengo la impresión de que me está diciendo que se acostaría con ella para que retire algunas de las acusaciones.

Brett: Sí, y sólo para ver si puedo hacerlo…, si tengo lo que hace falta, ¿comprende?

Terapeuta: ¿Qué sabe usted de los sentimientos y las expectativas de Sara?

Brett: Ella es muy tradicional. Es posible que todavía espere que nos casemos. Vino de un pequeño pueblo donde la gente se relacionaba a través del *sheriff*. Cuando era adolescente y se metía en problemas, el padre llamaba al *sheriff* para que le diera un sermón. Ella piensa que es así cómo se mantiene a la gente encarrilada y se la obliga a hacer lo que uno quiere.

Terapeuta: ¿Cree que Sara se sentiría más ligada a usted si se reconciliaran y usted consiguiera que retire algunas acusaciones?

Brett: Bien, supongo que sí.

Terapeuta: ¿Usted se casaría con Sara, para tener el tipo de relación que ella quiere?

Brett: Ah no, de ningún modo. No.

Terapeuta: Entonces, ¿qué pasará cuando abandone a Sara de nuevo, cuando ella comprenda que usted quiere seguir saliendo con otras mujeres?

Brett: Es difícil saberlo. Quizá se sienta humillada. No trato de anticiparme tanto.

Terapeuta: ¿Pensaría Sara que la usó para salvarse, sin ninguna consideración por lo que ella sentía?

Brett: Tal vez.

Terapeuta: Ya sabemos que Sara cuando se encoleriza reacciona de modo espectacular; por ejemplo, llama al *sheriff*. ¿No sería peligroso para usted que ella se enojara de nuevo?

Brett: Supongo que sería arriesgado. (*Pausa*). Nunca creí que una mujer iba a llegar a hacerme algo así.

Terapeuta: ¿Qué probabilidades hay de que Sara vuelva a hacerle algo así?

Brett: Supongo que un 95 por ciento.

Terapeuta: Es una probabilidad muy alta. Sabiendo esto, ¿cómo evalúa la opción de reanudar las relaciones sexuales con ella?

Brett: No vale la pena correr ese riesgo.

Terapeuta: En vista del interés que ella tiene por una relación monógama tradicional y del interés de usted por salir con diferentes mujeres, ¿cuál cree que es el mejor modo de plantear sus contactos con Sara?

Brett: Bien, no la evitaré si la veo en la calle, pero no creo que tenga que fastidiarme saliendo a buscarla. Probablemente lo mejor es dejarla en paz y no dar alas a sus esperanzas, porque nunca va a conseguir lo que pretende de mí.

Brett y el terapeuta continuaron discutiendo las relaciones del joven con las mujeres; consideraron las ventajas y desventajas de la costumbre de ir a la casa de mujeres nuevas y a veces obtener una satisfacción sexual por la fuerza. En realidad nunca había visto esta conducta como una violación, y no parecía tener conciencia de que esto pudiera ser perseguido por la justicia. Se examinaron otras desventajas potenciales: por ejemplo, la frecuencia con que terminaba enemistado con las mujeres y el modo como se exponía a represalias o enfermedades de transmisión sexual. También había otros inconvenientes más pequeños, incómodos, como el de no contar con una compañera de confianza, y una cantidad sorprendentemente alta de citas

aburridas. Por otro lado, Brett dijo que disfrutaba con la excitación de la caza y que atraer la atención de tantas mujeres le hacía sentirse bien consigo mismo.

Se le pidió a Brett que estableciera una escala de intensidad de su excitación en todos los acontecimientos interesantes de su vida, y que después evaluara en esa escala las «conquistas» individuales. Descubrió que la excitación no era muy intensa o segura. El sentirse bien consigo mismo se identificó como una forma de hedonismo. Se sentía bien consigo mismo porque conseguía lo que creía querer en un momento dado. Se contrastó esa sensación con otro modo de sentirse bien consigo mismo: en el trabajo, por lograr las propias metas generales y las prioridades de la vida. Brett fue reconociendo poco a poco que para sentirse bien a corto plazo a menudo sacrificaba su meta principal a largo plazo, que era una vida fácil. El terapeuta cuidó de ilustrar el modo como la consideración de los sentimientos de los otros y de los efectos a largo plazo de su propia conducta en realidad trabajaba a favor suyo.

Conclusión

Después de producida la intervención terapéutica, en realidad ya nunca más podrá saberse cómo se habría comportado el paciente destructivo y antisocial de no haber mediado el tratamiento. De modo análogo, tampoco se puede prever cuántas veces el antisocial decidirá no mentir, no hacer trampas, no engañar, no golpear, no violar, no robar, no hostigar, no dejar deudas pendientes ni quebrar de otro modo la armonía social porque advierte que le conviene más no hacerlo. Pero cada uno de los casos descritos en este capítulo ilustra de qué modo la terapia cognitiva puede tener un efecto positivo en el curso de la vida de la persona antisocial. Si bien el funcionamiento óptimo no deja de ser una meta carente de realismo para el tratamiento, la mejoría de la conducta social representa beneficios obvios para la estabilidad del paciente y el bienestar de sus allegados, así como de la sociedad en conjunto.

CAPÍTULO 9

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Introducción

Joan, una mujer de unos 35 años, llamó para solicitar terapia. Dijo que su principal problema era que acababa de salir de la escuela para graduados y no tenía motivación para buscar trabajo. Debería estar escribiendo cartas para ofrecer sus servicios, necesitaba concertar entrevistas, pero terminaba dilapidando todo su tiempo sentada al escritorio. Esto había durado varios meses, y se sentía cada vez más desesperada, porque «Soy la única de mi clase que todavía no tiene trabajo».

Poco antes se había casado y también había obtenido una licenciatura en finanzas en una prestigiosa universidad. Ella y el esposo planearon mudarse a Filadelfia para que él lograra allí su doctorado en filosofía, y la paciente había pasado varios meses buscando trabajo en esa ciudad, con buenos resultados. Inesperadamente, al esposo se le presentó la oportunidad de asistir a una escuela para graduados mucho mejor en Chicago; entonces se mudaron de inmediato, sin haber discutido realmente la decisión. Después de eso, Joan no pudo volver a buscar trabajo.

El clínico que vio a Joan en la entrevista inicial diagnosticó un problema de adaptación con rasgos emocionales mixtos; parecía que la terapia sería muy simple y directa. Pero el cuadro se volvió considerablemente más complicado durante la primera sesión de terapia. Cuando el terapeuta discutió con Joan las metas del tratamiento, la paciente, además de hacer hincapié en su falta de motivación para buscar trabajo, también describió una «crisis de identidad» con respecto a la carrera y el matrimonio, períodos de depresión intensa, crisis de angustia, una historia de conflictos con sus superiores, normas exigentes y carentes de realismo para con ella misma y temor a ser objeto de hostilidad por parte de los demás. En síntesis, Joan empezó a poner de manifiesto muchas de las características de la persona con un trastorno límite de la personalidad (TLP), y resultó claro que la terapia no podía ser de ningún modo directa.

El TLP es un trastorno relativamente común que genera un deterioro considerable en la vida del individuo. Lo típico es que la terapia de esos sujetos sea muy complicada y existe el riesgo significativo de un desenlace psicoterapéutico negativo,

cualquiera que sea el enfoque empleado en el tratamiento (Mays, 1985). La aplicación directa de técnicas conductuales es menos eficaz con los clientes límite que con los otros (Mays, 1985), y hasta hace muy poco tiempo algunos autores creían que estos clientes no podían tratarse eficazmente con terapia cognitiva (Rush y Shaw, 1983). No obstante, con el desarrollo de conceptualizaciones cognitivo-conductales del TLP (Freeman, Pretzer, Fleming y Simón, 1990; Linehan, 1981,1987a,b; Millón, 1981, 1987; Pretzer, 1983; Young, 1983, 1987; Young y Swift, 1988), ha sido posible establecer orientaciones o consignas para utilizar con eficacia la terapia cognitiva en el tratamiento de esta población difícil.

La historia del concepto de límite

Es importante observar que el término «límite» se ha empleado de diversas maneras, muy distintas de lo que se entiende por TLP en el DSM-III-R, y que el mal uso del rótulo diagnóstico ha sido ampliamente criticado (por ejemplo, Knight, 1953). Al principio se utilizaba esta palabra cuando el clínico no tenía un diagnóstico seguro, porque el cliente presentaba una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos. Muchos clínicos pensaban que estos clientes estaban en el límite entre la neurosis y la psicosis, por lo cual empezaron a emplear esta denominación. En algunos círculos, todavía se usa el diagnóstico de «límite» como «cajón de sastre» donde se amontonan todos los individuos difíciles de diagnosticar, o bien se interpreta que quiere decir «casi psicótico», a pesar de la falta de apoyo empírico para esta concepción del trastorno.

También se ha hablado de una «estructura límite de la personalidad» en la voluminosa literatura generada por los autores de orientación psicodinámica (por ejemplo, Gunderson y Singer, 1975; Kernberg, 1975, 1977; Masterson, 1978). Si bien estos autores difieren entre ellos en alguna medida en cuanto a la definición de esa categoría diagnóstica (véase Stone, 1985), consideran en general que se caracteriza por «una pobre integración de la identidad», «defensas primitivas», «límites relativamente firmes entre el objeto y el sí-mismo», y una «prueba de realidad relativamente intacta» (Masterson, 1978). Es importante observar que además de ser difíciles de definir operacionalmente, esas características no especifican ningún conjunto particular de conductas o síntomas. Cierto individuo puede presentar una sintomatología límite con una estructura límite de la personalidad o sin ella, o poner de manifiesto una estructura límite de la personalidad con síntomas límites o sin

ellos. Por ejemplo, Stone (1985) describe a un individuo como un «límite esquizotípico (en el sentido del DSM-III), [que] presentaba una estructura psicótica».

Por fin, con la gran difusión reciente del diagnóstico de «límite» y por la reputación que tienen estos pacientes de ser difíciles de tratar, a menudo se les aplica esta denominación a los casos difíciles, de manera genérica, o como justificación de que la terapia no progrese. Por ejemplo, pensemos en la siguiente conversación imaginaria que resume concisamente algunos diálogos actuales:

Supervisor: ¿Por qué tiene problemas con el señor Schultz?

Terapeuta: Porque es límite.

Supervisor: ¿Por qué piensa que es límite?

Terapeuta: Por los problemas que tengo con él.

Si bien es cierto que los límite pueden ser difíciles de diagnosticar y de tratar, esto de ningún modo ocurre exclusivamente con ellos. La denominación de «límite» como rótulo peyorativo para los clientes difíciles priva al término de toda utilidad.

Los criterios del DSM-III-R proporcionan una definición clara, ampliamente aceptada, de lo que se entiende por un TLP; a lo largo de este capítulo, sólo emplearemos la palabra para referirnos a los individuos que satisfacen los criterios mencionados. La distinción entre los diversos usos no es trivial ni académica. Tiene una importancia especial que se preste atención al modo como los diversos autores definen al límite cuando se trata de la amplia literatura generada por los estudiosos de orientación psicodinámica. Muchos individuos rotulados de límite por estos autores caerían en otros de los trastornos definidos por el DSM-III-R. Por ejemplo, en un estudio de una muestra de pacientes clasificados como límite según los criterios de la estructura de la personalidad, sólo un 40 por ciento satisfacían también los criterios del DSM-III para el TLP.

Características

En el DSM-III-R (APA, págs. 346-347), el TLP es definido como una pauta duradera de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre sí mismo en la que hay problemas en diversas zonas: la conducta interpersonal, el estado de ánimo y

la autoimagen. Como puede verse en la tabla 9.1, estos individuos experimentan una amplia gama de dificultades. Los rasgos que más impresionan son la intensidad de sus reacciones emocionales, la inestabilidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a una agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes. Lo típico es que presenten un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles, y que puedan funcionar con competencia y eficacia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras.

TABLA 9.1 ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno limite de la personalidad***

Pauta generalizada de inestabilidad del estado de ánimo, de las relaciones interpersonales y de la autoimagen, que empieza en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos, indicada al menos por cinco de los rasgos siguientes:

1. Una pauta de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizada por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.
2. Impulsividad en al menos dos zonas en las que el sujeto puede perjudicarse a sí mismo, por ejemplo los gastos, el sexo, el uso de sustancias tóxicas, el hurto en negocios, el manejo temerario de automotores, el comer descontrolado. (Este ítem no incluye la conducta suicida o de automutilación abarcada en el punto 5.)
3. Inestabilidad afectiva: cambios acentuados respecto del estado de ánimo básico, con pasaje a la depresión, la irritabilidad o la ansiedad, que por lo común duran unas horas, o (sólo raramente) unos pocos días.
4. Ira inadecuada, intensa, o falta de control de la ira; por ejemplo, frecuentes despliegues de mal humor, cólera constante, luchas físicas recurrentes.
5. Amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes, o conducta automutiladora.
6. Acentuada y persistente perturbación de la identidad, puesta de manifiesto por la incertidumbre respecto de dos de los ítems siguientes: la autoimagen, la orientación sexual, las metas de largo plazo o la elección de carrera, el tipo de amigos deseado, los valores preferidos.
7. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
8. Esfuerzos frenéticos tendientes a evitar el abandono real o imaginado. (Este ítem no incluye la conducta suicida o automutiladora abarcada en el punto 5.)

Los individuos límite no están necesariamente en un torbellino continuo, y pueden experimentar períodos prolongados de estabilidad, pero lo típico es que recurran a la terapia en momentos de crisis y que presenten un cuadro clínico complejo y un tanto caótico. Además suelen poner de manifiesto otros problemas, como un trastorno generalizado por ansiedad, un trastorno por angustia, un trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos somatoformes, estados de fuga psicógena, depresión, un trastorno bipolar, un trastorno esquizoafectivo, psicosis reactivas breves u otros trastornos de la personalidad (Millón, 1981). Clarkin y sus colaboradores (Clarkin, Widiger, Francés, Hurt y Gilmore, 1983) encontraron que incluso cuando hubo un consenso de tres evaluadores en cuanto a la presencia o ausencia de cada uno de los criterios del DSM-III-R, el 60 por ciento de la muestra de límite también satisfacía los criterios de otros trastornos de la personalidad —paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia.

Evaluación

Puesto que no hay invariablemente presente ningún rasgo o patrón de características, y la variabilidad es una de las marcas del TLP, la evaluación y el diagnóstico de este trastorno son más complejos que los de otras categorías diagnósticas. Sería muy útil que los tests psicológicos proporcionaran un índice único de TLP. Hasta ahora, la investigación realizada con los tests tradicionales demuestra que los clientes límite tienden a obtener puntajes altos en las escalas de «Neurosis» y «Psicosis» del MMPI, especialmente en las escalas 2, 4, 6, 7 y 8 (Widiger, Sanderson y Warner, 1986). Los estudios empíricos también han proporcionado algún respaldo a la hipótesis de que los clientes límite tienden a desempeñarse bien en tests estructurados como el Test de Wechsler para Adultos (WAIS), mientras que **tul** resultados son pobres y presentan signos de trastorno del pensamiento en los tests proyectivos no estructurados. No obstante, no se ha identificado ningún «perfil límite» único. Los tests psicológicos tradicionales pueden proporcionar información útil para identificar a estos clientes pero no un modo único y confiable para diagnosticarlos.

Algunas mediciones destinadas específicamente a evaluar el TLP aparecen en la reseña reciente de Reich (1987) de los instrumentos para evaluar los trastornos de la personalidad. Entre ellos se cuentan los cuestionarios de informe sobre sí mismo (Bell, 1981; Edell, 1984; Hurt, Hyler, Francés, Clarkin y Brent, 1984), los inventarios

de personalidad (Millón, 1982) y las entrevistas estructuradas (Barón, 1981; Francés, Clarkin, Gilmore, Hurt y Brown, 1984; Kolb y Gundcrson, 1980; Perry y Klerman, 1980; Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers y Corenthal, 1985). Todos esos instrumentos tienen alguna utilidad como filtros, pero necesitan más desarrollo y validación para que se les pueda dar un uso clínico. De modo que el clínico no puede confiar en esas nuevas mediciones para diagnosticar, lo cual no quiere decir que no le sirvan para nada.

A pesar de estos problemas, el diagnóstico del TLP no tiene que ser necesariamente difícil. Los criterios del DSM-III-R son suficientemente claros y permiten el diagnóstico confiable cuando se cuenta con la información necesaria. Para muchos clínicos, la dificultad primaria reside en reconocer las indicaciones que aconsejan considerar la posibilidad de un diagnóstico del TLP. La tabla 9.2 enumera algunas características que suelen servir como indicaciones de TLP. No se pretende que sean criterios diagnósticos adicionales, pero pueden ser útiles para recordarle al clínico que el cliente podría tener un trastorno de la personalidad no diagnosticado.

TABLA 9.2 ***Indicaciones de posible trastorno límite de la personalidad***

En los problemas y síntomas presentados:

1. Una variedad de problemas y síntomas, que puede cambiar de semana a semana.
2. Síntomas o combinaciones de síntomas inusuales.
3. Reacciones emocionales intensas y desproporcionadas a la situación.
4. Conducta autodestructiva o autopunitiva.
5. Conducta impulsiva, mal planeada, más tarde reconocida como necia, «loca» o contraproducente.
6. Períodos breves de síntomas psicóticos que satisfacen los criterios del DSM-III-R para la psicosis reactiva breve (pero que podrían haber dado lugar a un diagnóstico erróneo de esquizofrenia).
7. Confusión respecto de las metas, prioridades, sentimientos, orientación sexual, etcétera.
8. Sentimientos de vacío, posiblemente localizado en el plexo solar.

En las relaciones interpersonales:

1. Falta de relaciones íntimas estables (tal vez enmascarada por relaciones estables no íntimas o por relaciones estables mientras no sea posible una intimidad total).

2. Tendencia a idealizar o denigrar a los demás, quizá con cambios abruptos de la idealización a la denigración.
3. Tendencia a confundir intimidad con sexualidad.

En la terapia:

1. Crisis frecuentes, frecuentes llamadas telefónicas al terapeuta, o requerimientos de trato especial en sesiones programadas, arreglos de último momento, etcétera.
2. Mala interpretación extrema o frecuente de los dichos, intenciones o sentimientos del terapeuta.
3. Reacciones inusualmente fuertes a los cambios de horario o de consultorio, a las vacaciones o la terminación de la terapia.
4. Baja tolerancia al contacto ocular directo, al contacto físico o a la proximidad.
5. Ambivalencia inusualmente fuerte acerca de muchas cuestiones.
6. Miedo al cambio, o resistencia al cambio inusualmente fuerte.

En los tests psicológicos:

1. Buen resultado en tests estructurados tales como el WAIS, combinado con resultado pobre o indicaciones de trastorno del pensamiento en los tests proyectivos.
2. Elevación de las escalas de «Neurosis» y «Psicosis» del MMPI (escalas 2, 4, 6, 7, 8) o indicaciones de una variedad de problemas inusualmente amplia.

Es particularmente útil estar alerta a seis posibles indicaciones de TLP:

1. relaciones intensas e inestables;
2. falta de un sentido claro de la identidad (confusión o incoherencia respecto de las metas, las prioridades y los valores);
3. episodios de ira intensa e incontrolada;
4. conducta impulsiva;
5. sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad;
6. conductas de *acting-out*.

Clarkin y sus colegas (Clarkin y otros, 1983) encontraron que aproximadamente el 80 por ciento de los individuos que satisfacción los criterios del DSM-III-R para el TLP presentaban una combinación de relaciones intensas e inestables y perturbación de la identidad, o bien una combinación de relaciones intensas e inestables, impulsividad, ira intensa e incontrolada. Según Nurnburg y colaboradores (Nurnburg, Hurt, Feldman y Suh, 1987), dos conjuntos de criterios proporcionaban el equilibrio óptimo de sensibilidad, especificidad y poder predictivo para la identificación de individuos con TLP. Esos dos conjuntos de criterios eran la combinación de relaciones inestables, caóticas, y conducta impulsiva, o tres de los rasgos siguientes:

1. relaciones inestables, caóticas,
2. conducta impulsiva,
3. sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento o soledad, y
4. conducta de *acting-out*.

En el caso de Joan, un repaso completo de la información obtenida en la evaluación inicial de la primera sesión de terapia reveló muchas indicaciones de TLP. Además de la falta de motivación que era el problema presentado, desde mucho antes Joan había padecido ansiedad, crisis de angustia, depresión y cólera, y también dificultades para comunicarse con claridad y ser asertiva con los demás. Se describía como «híper»; dijo que cuando estaba muy ocupada pasaba en blanco una noche tras otra; no obstante, negó tener cualquier otro síntoma de episodios maníacos. Joan se consideraba «sensible» a muchas comidas y seguía una dieta «semivegetariana» debido a su creencia de que era alérgica a algunos alimentos muy comunes. También describió una historia de experiencias psíquicas, incluso sueños que predecían el futuro.

En cuanto a las relaciones con los pares, Joan dijo que en el *college* había ido a muchas fiestas, pero que nunca formó un gran círculo de amigos. Tenía algunas relaciones duraderas, la mayoría con personas que padecían discapacidades físicas o problemas emocionales. Su esposo era ciego, su último novio había sido un diabético mal controlado, y varios amigos eran depresivos y/o alcohólicos. Tendía a «conectar» y «desconectar» sucesivamente las relaciones con los otros, que por lo general terminaban en un estallido, cuando ella sentía que el amigo o la amiga traicionaban su confianza. Joan se había casado poco antes; dijo que adaptarse al matrimonio le resultaba difícil: «Es como si ya no controlaras tu propia vida».

En apariencia, Joan era muy inteligente y se había desempeñado bien en el estudio y en empleos anteriores. Pero le había resultado difícil elegir carrera: pasó un año en la escuela de derecho y otro año en un programa de asistencia social; después trabajó para un gobierno local antes de decidirse por las finanzas. La paciente informó que en el trabajo experimentaba dificultades interpersonales recurrentes. No

soportaba los horarios y las reglas; se sentía constantemente maltratada por sus superiores; finalmente se encolerizaba, se enfrentaba con el jefe y renunciaba impulsivamente o la despedían.

Esta joven había pedido tratamiento en cinco oportunidades anteriores, y había recibido psicoterapia y medicación tradicionales. Tuvo conflictos fuertes con la mayoría de sus terapeutas; a su juicio, ni la terapia ni la medicación habían sido útiles. También dijo haber tenido una fuerte reacción negativa al Elavil, que le hizo sentirse desorientada y «fuera de control».

De esta revisión de la información disponible se desprendía que además del TLP, Joan, según los criterios del DSM-III-R, podía tener un trastorno por angustia y un trastorno ciclotímico.

Conceptualizacion

Se han escrito muchos libros y artículos que presentan análisis teóricos y clínicos del TLP. La gran mayoría de esos trabajos se basan en la teoría de las relaciones objétales, o en otros enfoques psicoanalíticos contemporáneos. Lamentablemente, el vocabulario utilizado hace que esas conceptualizaciones resulten inaccesibles para muchos clínicos no familiarizados con la terminología psicoanalítica. Traducida al lenguaje cognitivo-conductual, el núcleo de la idea de las relaciones objétales es la afirmación de que el individuo límite tiene una concepción extrema, mal integrada, de la relación con los primeros cuidadores, y como consecuencia de ello sus expectativas acerca de las relaciones interpersonales carecen de realismo. Se entiende que esas expectativas dan una forma sistemática a la conducta y las respuestas emocionales, y son responsables de la amplia gama de síntomas que experimentan estos individuos. Los autores de orientación psicodinámica suponen que el modo más adecuado de resolver esta situación es realizar una terapia tal que esas expectativas se pongan de manifiesto en la relación del cliente con el terapeuta, donde es posible resolverlas mediante la aplicación de técnicas psicoanalíticas en una terapia prolongada.

El TLP ha recibido mucha menos atención de los autores conductuales y cognitivo-conductuales. Pero en años recientes Linehan (1981, 1987a,b). Millón (1981, 1987b), Pretzer (1983; Freeman y otros, 1990) y Young (1983, 1987; Young y Swift, 1988) han presentado una variedad de perspectivas cognitivo-conductuales de este trastorno.

La concepción de Millón (1981,1987b), basada en la teoría del aprendizaje social, atribuye un papel central a la falta de sentido coherente de la propia identidad que padece el individuo límite. Sostiene que esta falta resulta de factores biológicos, psicológicos y sociológicos que se combinan para dañar el desarrollo logrado de un sentido de la identidad. Puesto que un aspecto que esa carencia del paciente límite consiste en la falta de metas claras y coherentes, de este problema resultan acciones mal coordinadas, impulsos mal controlados y la ausencia de logros sólidos. Como no hay una estrategia coherente para abordar los problemas que surgen, estos individuos manejan mal sus propias emociones y dificultades. Millón dice que, como consecuencia, el paciente límite se vuelve muy dependiente de los otros (en quienes busca protección y seguridad), y también es muy sensible a cualquier signo de pérdida de apoyo. Esa situación —continúa Millón— se ve complicada por los intensos conflictos que tienen que ver con la dependencia y la afirmación, y por la comprensión de que la cólera que provoca el estar atrapado en la dependencia puede llevar a perder la seguridad que esa dependencia procura.

Linehan (1981, 1987a,b) presenta una conceptualización más conductual de la terapia para el TLP, que esta autora denomina «terapia conductual dialéctica». Su idea es que la característica nuclear del TLP es una «disfunción de la regulación emocional», de base probablemente fisiológica. Se cree que esa disfunción es la responsable de las dramáticas reacciones y los actos impulsivos exagerados del individuo límite. Una hipótesis adicional es que, en el curso de su desarrollo, estos individuos tienen una extensa experiencia con otros significativos que desestiman sus emociones e insisten en que el sujeto límite potencial ponga de manifiesto una «actitud positiva» a pesar de su malestar. Como resultado, estos individuos (ya proclives fisiológicamente a las respuestas emocionales desproporcionadas) reciben una educación inadecuada respecto de la regulación de las emociones, y al mismo tiempo aprenden a asumir una actitud despectiva y punitiva respecto de lo que ellos mismos sienten.

La actitud despectiva y punitiva, y los miedos realistas del individuo a no ser capaz de controlar sus emociones intensas, la impiden tolerar las emociones fuertes durante un tiempo suficiente para hacer el duelo por las pérdidas significativas. Cuando 10 producen nuevas pérdidas, el sujeto experimenta una «sobrecarga de duelo». La combinación de respuestas emocionales intensas, capacidad inadecuada para la regulación emocional, conducta impulsiva y actitud despectiva respecto de las propias emociones genera una serie de crisis inexorables y situaciones frecuentes que el sujeto no logra controlar con eficacia a pesar de sus esfuerzos. Entonces llega a la conclusión de que en muchas situaciones es necesario apoyarse en otros. No obstante, como ha aprendido que es necesario mantener una «actitud positiva», es incapaz de pedir ayuda asertivamente, o de buscar ayuda revelando su necesidad. De esto resulta una fachada de capacidad mientras se trata de obtener ayuda por vías sutiles e indirectas. Pero las respuestas emocionales fuertes y los actos impulsivos del

individuo le hacen difícil ser sistemáticamente sutil en la búsqueda de ayuda.

Young (1983, 1987; Young y Swift, 1988) ha desarrollado un enfoque general cognitivo-conductual del tratamiento de los trastornos de la personalidad que él denomina «terapia cognitiva centrada en el esquema». Su enfoque difiere del modelo estándar de la terapia cognitiva y postula que durante la niñez pueden desarrollarse patrones de pensamiento extremadamente estables y duraderos (él los llama «esquemas inadaptados tempranos») capaces de generar pautas inadaptadas de conducta que a su vez los refuerzan. Estos esquemas son objeto de una elaboración ulterior a lo largo de todo el desarrollo y hasta la edad adulta. Para este autor, cada uno de los trastornos de la personalidad se caracteriza por un cierto subconjunto de los 18 esquemas inadaptados tempranos que él ha identificado hasta ahora. Young propugna que estos esquemas se conviertan en centro de atención de la terapia.

Los esquemas inadaptados tempranos que Young considera característicos del TLP aparecen en la tabla 9.3. Si bien él no presenta un modelo detallado del TLP, da por sentado que cuando esos esquemas inadaptados tempranos son activados por acontecimientos que guardan relación con ellos, resultan distorsiones del pensamiento, fuertes respuestas emocionales y conducta problemática. Se podría suponer que la gran cantidad de esquemas inadaptados tempranos postulados para los pacientes límite (los otros trastornos de la personalidad tienen un promedio de 2,5 esquemas inadaptados tempranos cada uno) explica la amplia gama de síntomas que experimentan estos pacientes, y sus frecuentes crisis. No obstante, Young no presenta una descripción detallada del modo como los esquemas de la tabla 9.3 producen el TLP.

TABLA 9.3. ***«Esquemas inadaptados tempranos» postulados por Young como características del trastorno límite de la personalidad***

Esquemas inadaptados tempranos	Expresión posible
Abandono/pérdida	"Siempre estaré solo. Nunca podré contar con nadie."
No merecer ser amado	"Nadie me amaría o querría estar cerca de mí si realmente me conociera."
Dependencia	"No puedo valerme solo. Necesito a alguien en quien pueda apoyarme."
Sometimiento/falta de individuación	"Debo someter mis deseos a los deseos de los otros, o ellos me abandonarán o atacarán."
Desconfianza	"La gente me hará daño, me atacará, se aprovechará de mí. Tengo que protegerme."
Autodisciplina inadecuada	"No puedo controlarme o adoptar ninguna disciplina."
Miedo a perder el control emocional	"Debo controlar mis emociones o sucederá algo terrible."
Culpa/castigo	"Soy una mala persona. Merezco ser castigado."
Privación emocional	"Nunca hay nadie que satisfaga mis necesidades, que vele por mí, que me cuide."

Nota: Adaptación de *Schema-Focused Cognitive Therapyfor Personality Dlsoréifi, S.* Young, 1987, manuscrito inédito.

Las tres perspectivas precedentes se centran en aspectos muy diferentes del TLP. Millón (1981, 1987b) subraya que el trastorno de la identidad de los individuos límite desempeña un papel central en el resto de sus problemas; Linehan (1981, 1987a,b) postula que en el núcleo del trastorno hay un defecto de la regulación emocional y tres «dialécticas» entre las que el individuo vacila; para Young (1983, 1987; Young y Swift, 1988), este trastorno se basa en supuestos muy fuertes, adquiridos tempranamente en el desarrollo, que desempeñan un papel importante durante toda su vida. Si bien nuestras propias ideas (Pretzer, 1983; Freeman y otros, 1990) se han desarrollado con independencia de esas teorías, el modelo siguiente del TLP incorpora todos los factores a los que acabamos de referirnos, en una comprensión global basada primordialmente en la concepción psicopatológica de Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Según la teoría de Beck, los supuestos básicos del individuo desempeñan un papel central, al influir en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conformar la conducta y las respuestas emocionales. En la terapia cognitiva con individuos límite se suelen descubrir tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel central en el trastorno: «El mundo es peligroso y malo», «Soy impotente y vulnerable» y «Soy intrínsecamente inaceptable». Por ejemplo Joan tenía la fuerte convicción de que sus superiores en el trabajo, los terapeutas y 101 mecánicos, entre

otros, eran universalmente autoritarios, manipuladores, controladores, injustos, tramposos y hostiles. Se percibía sistemáticamente a sí misma como desamparada y maltratada, e incapaz de desempeñarse bien en el trabajo y en su vida personal. También tenía una fuerte convicción de que para ser aceptada debía llegar a cierta «habilidad» social y profesional, que según creía no estaba a su alcance.

Es obvio que la creencia de un individuo de que el mundo es en general peligroso y él es relativamente impotente tiene consecuencias importantes, más generalizadas que los miedos más específicos. Esa creencia lleva directamente a la conclusión de que siempre es peligroso bajar la guardia, asumir riesgos, revelar la propia debilidad, «perder el control», estar en una situación de la que no se puede escapar con facilidad, y así sucesivamente. Entonces aparecen una tensión y una ansiedad crónicas, una actitud de alerta ante posibles signos de peligro, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar, entre otras cosas. La vigilancia incesante del individuo le lleva a percibir muchos signos de peligro aparente, lo cual tiende a perpetuar la idea del mundo como un lugar en general peligroso y también a respaldar otros miedos específicos. La tendencia a la cautela, a evitar riesgos y a permanecer en guardia, en lugar de abordar simplemente los problemas a medida que surgen, respalda la creencia del individuo en que esa conducta es necesaria, y le impide descubrir que un enfoque más directo y confiado también puede ser eficaz. En consecuencia, las experiencias del sujeto tienden a respaldar la idea de que él es relativamente impotente y vulnerable, y de que debe seguir estando alerta y a la defensiva.

Algunas personas que ven el mundo como peligroso y malo creen que pueden confiar en su propia fuerza y capacidad para enfrentarse a las amenazas (véase el examen del trastorno paranoide de la personalidad en el capítulo 6 de este libro). Pero la creencia de los pacientes límite de que son débiles e impotentes les impide acceder a esta solución. Otros individuos que creen no ser capaces de enfrentarse con eficacia a las exigencias de la vida cotidiana resuelven su dilema haciéndose dependientes de alguien que consideran capaz de cuidarles (y desarrollan una pauta de dependencia). En cambio, la creencia de los sujetos límite de que son intrínsecamente inaceptables bloquea esta opción, pues les lleva a pensar que la dependencia entraña un serio riesgo de rechazo. Los individuos límite enfrentan todo un dilema: convencidos de estar relativamente desamparados en un mundo hostil, pero sin una fuente posible de seguridad, tienen que vacilar entre la autonomía y la dependencia, sin confiar ni en la una ni en la otra.

Un factor cognitivo que ha recibido poca atención en las otras concepciones cognitivo-conductuales del trastorno agrava considerablemente el estado de estos individuos. Como lo ha demostrado Beck (1976; Beck y otros, 1979), los seres humanos suelen cometer errores de pensamiento que él denomina «distorsiones cognitivas» y que a menudo provocan una percepción carente de realismo de las situaciones. Los individuos límite pueden experimentar toda la gama de distorsiones

cognitivas, pero una en particular, que Beck llama «pensamiento dicotómico», es muy común en ellos y especialmente problemática. El pensamiento dicotómico tiende a evaluar las experiencias en términos de categorías mutuamente excluyentes (por ejemplo, buenas o malas, éxito o fracaso, lealtad o traición) y no a verlas distribuidas en continuos. Puesto que faltan las categorías intermedias, este modo de pensar en «blanco o negro» impone la interpretación extrema de acontecimientos que normalmente caen en la zona central de un continuo. Según la concepción cognitiva, la evaluación extrema de las situaciones lleva a respuestas emocionales y acciones también extremas.

Además, la percepción dicotómica de la experiencia fácilmente genera cambios abruptos de una opinión extrema a la opuesta. Por ejemplo, una persona que ha demostrado ser digna de confianza será vista como *completamente* digna de confianza *hasta la primera vez que no esté a la altura de las expectativas*. Entonces aparecerá como completamente indigna de confianza, puesto que no se cuenta con categorías para los niveles intermedios de fiabilidad o no fiabilidad. La idea de que una persona sea fiable casi siempre es incompatible con el pensamiento dicotómico. Como este modo de pensar produce respuestas emocionales y acciones extremas, y cambios abruptos entre estados de ánimo opuestos, podría ser en gran medida responsable de las oscilaciones anímicas súbitas y de los cambios espectaculares de conducta que constituyen la marca del TLP. Linehan (1987b) tiene razón al observar que la incapacidad del sujeto límite para ejercer un control adaptativo de las respuestas emocionales extremas desempeña un papel principal en sus dificultades, pero no parece necesario postular una base fisiológica para este problema.

La combinación del pensamiento dicotómico con los supuestos básicos del sujeto límite es particularmente poderosa. Muchas personas encuentran que la vida cotidiana presenta una variedad de riesgos y amenazas, y toleran bien ese conocimiento. Pero el pensamiento dicotómico da por resultado la concepción del mundo como completamente benigno o absolutamente destructor. De modo análogo, todas las personas tienen defectos y carencias, y la mayoría de los individuos aceptan este hecho. En cambio, la categorización dicotómica que los sujetos límite se aplican a sí mismos tanto como a los demás, en el sentido de que son perfectos o completamente inaceptables, les conduce a la conclusión de que, si tienen cualquier carencia, no valen absolutamente nada. La convicción de que son intrínsecamente inaceptables les lleva a pensar que tienen que ocultar el hecho para lograr ser aceptados. Entonces evitan la intimidad y la apertura, por miedo a ser «descubiertos». Cuando esto impide satisfacer el deseo de contacto y seguridad, el pensamiento dicotómico hace inferir fácilmente que «Nunca conseguiré lo que quiero; nada vale la pena». Además, como el sujeto límite se oculta para evitar el rechazo, nunca tiene la oportunidad de descubrir que no es intrínsecamente inaceptable.

El pensamiento dicotómico crea también y perpetúa algunos de los conflictos de estos individuos. Por ejemplo, la frustración (real o prevista) del deseo de proximidad

y dependencia suele llevar a una ira intensa, tan devastadora para el individuo que suprime cualquier posibilidad de relación estrecha si llega a expresarse. Por otro lado, la satisfacción de ese mismo deseo es vista como intolerablemente peligrosa, porque en un mundo hostil ser dependiente es estar desamparado y ser vulnerable. Este intenso conflicto relacionado con la dependencia y la cólera desaparecer si el sujeto límite pudiera adoptar un punto de vista más moderado y decir: «Convendría expresar mis insatisfacciones con diplomacia para no provocar más problemas» y «Como existe la posibilidad de que me hieran o me defrauden, debo usar mi buen criterio para saber de quién puedo depender y cuánto puedo confiar en él». Como lo ha subrayado Linehan (1987b), los individuos límite suelen vacilar entre buscar la dependencia y evitarla activamente, pero no saben confiar en los otros en una medida moderada.

Millón (1981) ha hecho hincapié en que el factor final que parece desempeñar un importante papel en el TLP es un sentido débil o inestable de la identidad. La confusión acerca de las metas y prioridades les hace difícil a estos individuos trabajar con regularidad y eficacia para alcanzar metas no inmediatas, teniendo sobre todo en cuenta sus cambios emocionales abruptos. De esto resulta una ineficacia real y un bajo sentido de la propia eficacia, lo que a su vez lleva a una falta de motivación y de perseverancia, con un éxito aún más limitado cuando las condiciones son adversas. La falta de un sentido claro del sí-mismo les dificulta la toma de decisiones en situaciones ambiguas y provoca una baja tolerancia a la ambigüedad. También les hace difícil cuestionar su creencia de que son intrínsecamente inaceptables, como mantener un sentido claro de la propia identidad cuando entran en relaciones con otros que expresan con trabas sus opiniones y sentimientos.

Los supuestos básicos, el pensamiento dicotómico y un débil sentido de la identidad no generan el TLP en virtud de su yuxtaposición simple. Forman un sistema complejo, con algunos ciclos que tienden a autoperpetuarse y se resisten a ser modificados por las experiencias del individuo. Por ejemplo, la convicción de Joan de que las personas con posiciones de autoridad tienen malas intenciones y son manipuladoras y controladoras hacía que estuviera alerta para detectar cualquier signo de maltrato. Como resultado, advertía muchos desdenes, ejemplos de injusticia, etcétera, que parecían confirmar su idea. El hecho de que viera a sus superiores como malos era uno de los factores que la llevaban a posponer la búsqueda de empleo. No obstante, a ella le parecía que la posposición indicaba que no era capaz de desempeñarse bien en el trabajo, lo cual, a su vez, exacerbaba su parálisis.

Los supuestos clave del individuo límite se sostienen con fuerza, pero además estos ciclos de autorrefuerzo dan origen a un sistema capaz de resistir al cambio a menos que sean abordados con una estrategia.

La estrategia de intervención

Las conceptualizaciones de Millón (1981, 1987b), Linehan (1981, 1987a,b) y Young (1983, 1987; Young y Swift, 1988) sugieren, respectivamente, que la intervención debe centrarse en establecer un claro sentido de la identidad, mejorar la capacidad para controlar las emociones y cambiar las creencias y los supuestos inadaptados. Los tres enfoques de la intervención propuestos por estos distintos autores son compatibles con nuestro modelo. Pero de la conceptualización del TLP que presentamos en este capítulo se desprende que ninguna de esas tres intervenciones debe ser el punto de mira inicial de la terapia. Se postula que el pensamiento dicotómico desempeña un papel importante en las relaciones extremas y en los abruptos cambios de estado de ánimo característicos del TLP; también amplifica el impacto de los supuestos disfuncionales y genera muchos de los dilemas a los que se enfrenta el sujeto límite. Si es posible reducir o eliminar el pensamiento dicotómico al principio de la terapia, los síntomas ceden en intensidad, se simplifica la tarea de modificar los supuestos subyacentes y resulta más fácil ayudar a encontrar soluciones a los dilemas. Una vez abordado el pensamiento dicotómico, es más fácil instrumentar las intervenciones propuestas por Millón, Linehan y Young.

Pero el terapeuta no puede atacar el pensamiento dicotómico en la primera sesión. Para abordarlo con eficacia es necesario que establezca una relación terapéutica cooperativa, con una comprensión compartida del problema, suficiente como para que el paciente le encuentre «sentido» al cuestionamiento del pensamiento dicotómico. Esto no es fácil de lograr, porque la visión del mundo del sujeto límite complica mucho el proceso de establecer una relación terapéutica y adoptar la posición de «empirismo cooperativo» característico de la terapia cognitiva.

Después de todo, el terapeuta forma parte del mundo que el sujeto límite ve como peligroso y malo; por lo tanto, le parece muy peligroso depositar su confianza en el profesional. Además el conflicto entre el deseo de ayuda y aceptación, por un lado, y pm el otro el miedo a la vulnerabilidad y el rechazo, produce una fuerte ambivalencia respecto de la participación en la terapia una ambivalencia que no es fácil superar. Si bien las intervenciones destinadas a reducir o eliminar el pensamiento dicotómico pueden ser muy eficaces, es necesario dedicar previamente un esfuerzo considerable a lograr confianza y una relación cooperativa. Por fortuna, el tiempo invertido con ese propósito no se pierde, porque cuando se alcanza el objetivo, la buena relación socava el supuesto del sujeto límite acerca de los peligros que representan los otros y su propia inaceptabilidad intrínseca.

Intervenciones específicas

Desarrollo de una relación de trabajo

La relación entre terapeuta y cliente desempeña en la terapia del límite un papel mucho más importante que lo habitual en terapia cognitiva. Muchos de los problemas del cliente límite conciernen a las relaciones personales y se despliegan tanto en la relación terapéutica como fuera de las sesiones. Si bien esto complica mucho la terapia, también le proporciona al terapeuta la oportunidad de observar los problemas tal como se producen, sin tener que confiar primordialmente en la descripción del propio cliente; también le permite utilizar la relación para cuestionar los prejuicios del cliente sobre los demás, y llevarle a desarrollar una conducta interpersonal más adaptativa.

Con los clientes límite, el proceso de establecer una relación cooperativa es complejo. La colaboración requiere algún grado de confianza e intimidad; no obstante, a la mayoría de los individuos límite la confianza y la intimidad les parecen al principio intolerablemente peligrosas. Los enfoques psicoterapéuticos estratégicos, centrados en el problema, como la terapia cognitiva y otras terapias cognitivo-conductuales, requieren que terapeuta y cliente acuerden metas específicas y mantengan centrada la intervención en su objetivo de sesión en sesión. Pero entre los problemas del individuo límite, que carece de una identidad clara y estable, se cuenta la confusión respecto de las metas y prioridades, que pueden fluctuar de una semana a otra. Los terapeutas cognitivo-conductuales están acostumbrados a establecer con sus clientes relaciones directas, de tipo práctico, que minimizan la «transferencia» y otras complicaciones interpersonales. No obstante, los sujetos límite se caracterizan por sus reacciones emocionales intensas dentro de la sesión de terapia; es probable que reaccionen con fuerza al terapeuta a pesar del enfoque directo que parte de éste. Los terapeutas cognitivos prevén ayudar al cambio de sus clientes con rapidez y eficacia, pero estos pacientes suelen temer y resistir al cambio súbito; lo típico es que necesitan mucho más de quince o veinte sesiones de terapia. Los terapeutas que intentan trabajar con límites sin tener en cuenta estos rasgos corren el riesgo de proporcionar un tratamiento inadecuado; los clientes interrumpen la terapia prematuramente, o son empujados a una crisis grave (May, 1985; Rush y Shaw, 1983).

Como el sujeto límite ha descubierto a través de su penosa experiencia que confiar en otras personas puede ser muy peligroso, y comprende que en la relación terapeuta-cliente él será a veces muy vulnerable, pocas veces da resultado tratar de establecer la confianza por medio de la persuasión, la discusión o aduciendo las propias credenciales. El límite no es tan tonto como para confiar en los demás sólo

porque ellos dicen que son dignos de confianza o porque tienen diplomas. La confianza se logra mejor por medio del reconocimiento explícito y la aceptación de las dificultades del cliente para confiar en el terapeuta (una vez que resultan evidentes), después de lo cual éste debe tener el cuidado de comportarse sistemáticamente de un modo fiable. Es importante cuidar más que de costumbre la comunicación clara, asertiva y franca con el cliente; hay que evitar los equívocos, mantener la coherencia entre lo que se dice y las claves no verbales, y cumplir todo lo acordado. Con el transcurso del tiempo, este enfoque genera pruebas de que se es fiable. Es importante no presionar al cliente para que asuma riesgos en la terapia mientras no se haya alcanzado un nivel suficiente de confianza, y dejar en claro que siempre tiene la opción de no hablar sobre temas delicados hasta que no se sienta dispuesto a hacerlo. (Véase una discusión mu detallada de estas cuestiones en la sección sobre la cooperación con los pacientes paranoides, en el capítulo 6 de este libro).

Las crisis, las llamadas telefónicas de emergencia y el pedido de trato especial son comunes durante las primeras etapas de la terapia con muchos clientes límite. Tradicionalmente, esta conducta se ha considerado una «puesta a prueba» de la Habilidad y el interés del terapeuta. Si bien nada demuestra que las crisis tempranas en la terapia sean montadas intencionalmcnte para ver cómo se comporta el terapeuta, esto es lo que hacen a menudo. Después de todo, ¿de qué modo puede un cliente escéptico saber si el terapeuta actuará como promete hacerlo, a menos que observe su conducta concreta? Es importante que el terapeuta maneje con eficacia las llamadas telefónicas de emergencia y los pedidos de trato especial, para que el cliente no abandone el tratamiento. Esto no significa que tenga que acceder a los pedidos o alentar las llamadas telefónicas a medianoche. Es importante que pondere hasta dónde está dispuesto a llegar en su respuesta al cliente y que establezca límites claros y coherentes.

Si el cliente no encuentra respuesta, es probable que se enoje o abandone abruptamente la terapia. Si el terapeuta no es coherente al poner límites, el cliente necesitará ensayos reiterados para saber cuáles son. Si el terapeuta no establece límites adecuados y empieza a sentirse agraviado por los requerimientos del cliente, es probable que ese resentimiento obstaculice la terapia. Por otro lado, si el terapeuta establece límites claros y dentro de ellos responde al cliente, la mayoría de estos sujetos pueden respetarlos. Una política que suele dar resultado es acceder a llamadas telefónicas breves que sólo den lugar a intervenciones de crisis, mientras se ofrece una sesión de terapia lo antes posible, en ve* de un contacto telefónico prolongado. También es en general recomendable que el terapeuta no otorgue ningún trato especial que no pueda extender a otros clientes en una situación análoga. Los terapeutas descubren una y otra vez que las excepciones a sus políticas normales resultan contraproducentes a menos que estén bien pensadas; a las excepciones suelen seguirles nuevos requerimientos de un trato especial.

A menudo la incomodidad del individuo límite con la intimidad se extiende a algunos aspectos del encuadre terapéutico; cuando esto sucede, ciertos aspectos sutiles de la interacción interpersonal entre terapeuta y cliente pueden suscitar en este último una ansiedad intensa. Cosas tan sencillas como dar la mano, mantener un contacto ocular directo, un cambio en la postura del terapeuta o su franqueza, pueden resultarle a este tipo de paciente totalmente molestas. A veces es útil evitar el contacto físico, la familiaridad o la franqueza del terapeuta al principio del tratamiento, para no exceder la tolerancia del cliente a la intimidad. Pero es muy difícil prever qué acciones pueden perturbarlo; tal vez lo más productivo sea que el terapeuta esté atento a los signos de malestar y que responda a ellos con sensibilidad.

Puede ser especialmente valioso que el cliente participe de modo explícito en el proceso de evitar los niveles incómodos de intimidad. Si el terapeuta solicita retroalimentación en este sentido y deja en claro que tendrá seriamente en cuenta cualquier sugerencia para que la terapia sea más cómoda, el cliente tendrá algún control sobre el nivel de intimidad durante la sesión. Una vez que el cliente comprende que tiene algún control sobre las posiciones, los temas examinados, etcétera, ese control en sí hace menos amenazante la intimidad en la relación terapéutica, puesto que está claro que dicha intimidad no es inevitable ni puede ser impuesta.

El fenómeno de la «transferencia» (la respuesta del cliente al terapeuta basada en sus experiencias de relaciones anteriores) ha recibido una considerable atención por parte de los autores de orientación psicodinámica, pero pocas veces se ha examinado desde una perspectiva conductual o cognitivo-conductual. Las relaciones emocionales del cliente al terapeuta por lo general no desempeñan un papel prominente en la terapia cognitiva ni en otras terapias cognitivo-conductuales, pero es probable que sí lo hagan en la terapia cognitiva con pacientes de TLP.

Esto puede ser problemático para los terapeutas no acostumbrados a tratar con respuestas emocionales fuertes, no provocadas.

Las relaciones «transferenciales» se pueden comprender fácilmente en la terapia cognitiva si postulamos que el cliente responde sobre la base de creencias y expectativas generalizadas, que no tienen una relación directa con el terapeuta como individuo. En una situación interpersonal ambigua como la de la psicoterapia psicoanalítica, muchas de las respuestas del individuo se basan en sus creencias y expectativas porque la conducta del terapeuta es difícil de interpretar. Un enfoque terapéutico activo, directivo, tal como el que se aplica en la terapia cognitiva, evita en gran medida esa situación, porque el terapeuta asume un papel directo y carente de ambigüedad. Sin embargo, esto no elimina por completo tales respuestas emocionales fuertes, en particular en clientes como los límite, que tienen convicciones firmes sobre la naturaleza humana y están alertas para detectar cualquier indicación de que cobra realidad lo que esperan o temen.

Por ejemplo, Joan tenía la fuerte convicción de que las personal con posiciones de

autoridad son malintencionadas, manipuladoras y controladoras. Inicialmente, esa convicción se basó en las interacciones con sus padres, y a lo largo de los años la habían sostenido muchas experiencias de interacciones con maestros y jefes. Como ya se ha observado, tenía una larga historia de incomodidad por los horarios, las reglas y el trato de los superiores. Finalmente explotaba, tenía un enfrentamiento fuerte con su superior y renunciaba o la despedían.

A pesar de los esfuerzos del terapeuta tendientes a determinar de común acuerdo con la cliente las tareas a realizar en su casa y de sus explicaciones racionales sobre el pago y la cancelación de sesiones, Joan sacó muy pronto la conclusión de que el terapeuta pretendía controlarla o manipularla. No obstante, no expresó el resentimiento que experimentaba por ello. Era claro que su ira podría seguir creciendo hasta llegar a estallar. Esto había sucedido por lo menos una vez con un terapeuta anterior, poniendo fin prematuramente a un curso terapéutico productivo.

Cuando se producen respuestas emocionales fuertes, es esencial abordarlas de modo rápido y directo, para obtener primero una comprensión clara de lo que el cliente piensa y siente, y después despejar los errores de concepto y juicio en términos francos y explícitos. Tiene una especial importancia que el terapeuta aclare perfectamente a través de sus palabras y acciones que el cliente no será explotado ni rechazado por el terapeuta a causa de sus reacciones.

El terapeuta de Joan había tenido bastante éxito en evitar las confrontaciones explosivas manteniéndose alerta a las indicaciones no verbales de cólera y resentimiento tales como los puños crispados, rubor en el rostro o una actitud desafiante de disconformidad. Entonces podía desactivar la situación indagando sobre los sentimientos de ira y resentimiento, alentando a Joan a expresar sus reacciones ante la tarea encomendada o cualquier otro aspecto y haciéndole ver que no pretendía controlarla ni manipularla. Pero la ira de Joan podía desencadenarse muy pronto y el terapeuta no siempre era lo suficientemente perceptivo como para esquivar esos estallidos. Conseguía que fueran breves y no malograran la terapia teniendo el cuidado de no defenderse ni castigar. Por el contrario se centraba en las ideas falsas que habían provocado la cólera y ponía en claro sus verdaderas intenciones y sentimientos. Si en algunas ocasiones el terapeuta había sido desconsiderado o no cooperativo, reconocía abiertamente sus errores.

Ese enfoque no sólo impidió que la cólera inadecuada de Joan malograra la terapia, sino que, con el tiempo, proporcionó experiencias que contradecían los prejuicios de la cliente sobre las figuras de autoridad, mientras también se le subrayaban muchos ejemplos de la vida real para ayudarla a manejar su cólera más adaptativamente.

Debido a su fuerte previsión de que serán rechazados, es probable que los clientes límite experimenten intensas reacciones emocionales y crisis potenciales cuando se producen interrupciones de la terapia, en particular si hay que dar por terminado el tratamiento antes de completarlo. Es importante que el terapeuta inicie la discusión de

las expectativas, los temores y los sentimientos del cliente mucho antes de la interrupción de la terapia, y que vuelva a esos temas varias veces si al principio el cliente insiste en que la conclusión del tratamiento no lo preocupa mucho. La experiencia clínica indica que suele ser recomendable dedicar a este proceso no menos de tres meses. Cuando se da por concluida la terapia porque se han alcanzado las metas del cliente, a menudo es útil reducir gradualmente la frecuencia de las sesiones, pasando de entrevistas semanales a entrevistas primero quincenales y después mensuales.

El terapeuta que trabaja con clientes límite descubrirá que de vez en cuando las interacciones con ellos suscitan intensas reacciones emocionales en él mismo, reacciones que oscilan entre sentimientos empáticos de depresión y fuerte atracción, desamparo, miedo o cólera. Es importante que el terapeuta tome conciencia de esas reacciones y las considere en forma crítica, para que no influyan indebidamente en sus respuestas. En particular, muchos terapeutas se encolerizan con sus clientes límite cuando emprenden conductas que parecen manipuladoras, no cumplen con tareas asignadas, o no responden a intervenciones que ajuicio del terapeuta tienen que ser eficaces. En tales casos puede ser valioso que el terapeuta preste atención a sus propios pensamientos automáticos (quizá llevando un registro de pensamientos disfuncionales). No es inusual que el terapeuta descubra que atribuye malas intenciones a los clientes, o que supone que «no quieren mejorar». Si el terapeuta puede hacer un alto y captar mejor el punto de vista del cliente, esas interacciones frustrantes y problemáticas le perturbarán mucho menos.

Por ejemplo, después de varias semanas de intentar persuadir a Joan de que cumpliera con una tarea asignada, el terapeuta se encontró pensando: «Si no quiere cambiar, ¿por qué demonios tengo que preocuparme?», mientras se sentía cada vez más frustrado. Pero después de reflexionar sobre lo que esa tarea significaba para la paciente, comprendió que ella temía los encargos que iban a seguir y que la aterraban. También se dio cuenta de que se estaba manifestando la tendencia de Joan a rebelarse indirectamente contra las figuras de autoridad, que ella veía como controladoras. La cliente se enfrentaba con un dilema: temía que el terapeuta se enojara por su falta de cooperación, pero le resultaba imposible cumplir a causa de la intensidad de su ira y evitación. También tenía miedo de que si se negaba en forma abierta a realizar el encargo, el terapeuta se enojara igualmente. El terapeuta comprendió que no se trataba de que Joan «no quisiera cambiar», sino de que temía cumplir con el encargo y también plantear sus objeciones con franqueza.

Siempre que a un terapeuta le cuesta comprender sus propias respuestas, o duda acerca de cómo manejar una situación problemática, conviene que recurra al punto de vista objetivo de un colega.

Lejos de ser un impedimento, los sentimientos fuertes son muy útiles si el terapeuta logra comprenderlos. Las respuestas emocionales no se producen al azar. Cuando el terapeuta experimenta una respuesta inusualmente intensa, es probable que

se deba a algún aspecto de la conducta del cliente; la comprensión de lo ocurrido puede proporcionar información valiosa. No es inusual que el terapeuta responda a una conducta del cliente mucho antes de que esa pauta haya sido reconocida intelectualmente. La interpretación precisa de las respuestas emocionales acelera el reconocimiento de esas pautas. No obstante, hay que reflexionar acerca de si conviene o no expresar tales reacciones emocionales. La excesiva franqueza y confianza del terapeuta eleva el nivel de intimidad y puede ser amenazante para el cliente; por otro lado, la negación de una respuesta emocional obvia para el cliente en virtud de indicios no verbales, reduce la confianza y estimula el miedo.

Es aconsejable que el terapeuta se esfuerce por lograr un enfoque tranquilo, metódico, a lo largo de toda la terapia, y que resista a la tendencia a responder a cada nuevo síntoma o crisis como si fuera una emergencia. Muchos de esos nuevos síntomas y esas nuevas crisis resultan ser problemas transitorios que desaparecen tan pronto como aparecieron, sobre todo si el terapeuta los acoge con calma. En cuanto a los problemas que sí se convierten en centro de la terapia, es importante evaluar la situación en detalle antes de intervenir, y no precipitarse a intentar intervenciones «estándar» que quizá no den en el blanco. En particular, si el cliente límite empieza a manifestar una agitación extrema, signos de trastorno del pensamiento u otras indicaciones de psicosis reactiva breve, una respuesta tranquila y mesurada del terapeuta suele bastar para tranquilizarle y disipar el episodio psicótico.

Cuando no se puede prevenir el desarrollo de la psicosis, esto no es necesariamente una tragedia. Aunque quizá se requiera una hospitalización breve y puede ser útil la medicación psicotrópica, tales reacciones psicóticas muy pocas veces tienen efectos duraderos si el cliente y el terapeuta no deciden que son signos de «locura» y renuncian a la terapia. Los síntomas que se presentan durante una psicosis reactiva breve pueden asemejarse a una esquizofrenia, pero para diagnosticar este último trastorno el episodio tiene que prolongarse por lo menos seis meses. Una psicosis reactiva breve suele durar solamente unos días (APA, 1987).

La elección de las intervenciones iniciales

La amplia gama de problemas y síntomas que presentan los clientes límite plantea una dificultad cuando hay que decidir cuáles serán los objetivos iniciales de la intervención terapéutica, sobre todo porque la confusión de metas y prioridades es uno de los síntomas del trastorno. Si bien la elección de las prioridades debe ser un proceso cooperativo, el terapeuta propondrá un objetivo inicial del tratamiento que probablemente permita algún progreso inmediato y sirva como buena base para las primeras intervenciones. Centrarse inicialmente en metas conductuales concretas puede ser muy útil para minimizar los problemas que tiene el paciente límite con la intimidad y la confianza. Con la mayoría de estos clientes, trabajar con problemas

que exigen poca introspección y tienen su foco en la conducta (no en los pensamientos y sentimientos) es menos amenazador que abordar directamente la relación terapéutica o dificultades personales profundas. Así se tiene la oportunidad de ganarse gradualmente la confianza del cliente y de aumentar su tolerancia a la intimidad, mientras se realiza un progreso demostrable hacia las metas a alcanzar y de tal modo se aumenta la motivación para persistir en la terapia.

En el trabajo con un paciente límite se produce un conflicto entre la sensibilidad por las preocupaciones inmediatas del cliente y mantener un abordaje estratégico focalizado. Las preocupaciones y los problemas del cliente suelen cambiar de una semana a otra, pero si cada sesión se dedica a una cuestión diferente, será muy poco lo que se logre. Por otro lado, si el terapeuta insiste en ceñirse a un conjunto determinado de metas y prioridades, se arriesga a parecer insensible y a alejar al cliente, o a quedar atrapado en una lucha de poder por la agenda de temas a tratar. Es sobre todo importante mantener un enfoque cooperativo, aunque ello signifique revisar periódicamente las metas y prioridades y ser más flexible que de costumbre. Tal vez sea posible mantener un enfoque sistemático en la terapia mediante la simple medida de discutir las ventajas y desventajas de ese método, o acordando reservar una parte de la sesión para los problemas del momento, después de los cuales se pasa a las metas de fondo.

Pero con algunos clientes es necesario enfocar cada semana una crisis inmediata distinta y conservar la continuidad abordando las cuestiones subyacentes en la crisis del momento. Por ejemplo, cuando Joan insistió en hacer a un lado el trabajo de reducir la procrastinación y centrarse en el conflicto con el consejero laboral o el mal trato recibido del mecánico, resultó claro que su percepción de las figuras de autoridad como hostiles y de ella misma como impotente constituía un rasgo importante de las tres situaciones. En consecuencia, fue posible mantener un enfoque sistemático mientras se respondía a esta serie de problemas diferentes pero relacionados: se abordó la cuestión subyacente mientras se trabajaba en cada problema específico.

En el trabajo con clientes límite, es particularmente importante mantener un enfoque cooperativo estratégico basado en el descubrimiento guiado, y no en preconceptos teóricos. Como la terapia cognitiva es rica en técnicas específicas destinadas a abordar problemas específicos, resulta fácil caer en un enfoque del tipo «receta de cocina»: el terapeuta empieza a pensar en destinar cada técnica a un problema, en lugar de basar las intervenciones en un planteamiento conceptual sobre cada cliente. Este enfoque da resultado en muchas situaciones, pero puede provocar problemas significativos con un cliente «especial». Bajo problemas aparentemente comunes, se dan en el cliente límite cogniciones idiosincrásicas, y las intervenciones basadas en los preconceptos del terapeuta no darán en el blanco. Cuando el terapeuta adopta un enfoque de descubrimiento guiado y no de «receta de cocina», terapeuta y cliente obtienen constantemente datos nuevos. Esto sensibiliza al terapeuta a las

pautas inusuales que están detrás de síntomas aparentemente comunes, y proporciona la información necesaria para escoger problemas clave como objetivo de la intervención.

Reducción de la disconformidad

Los clientes límite suelen ser muy sensibles a las cuestiones de control. En una terapia activa y directiva, es fácil que terapeuta y cliente queden bloqueados en una lucha de poder por la agenda de temas a tratar o por los encargos a realizar. Pero es difícil que un cliente emprenda una lucha de poder si el terapeuta se niega a participar activamente en ella. Cuando el terapeuta está de acuerdo con el modelo cooperativo que subyace en la terapia cognitiva, y permite que el cliente participe en la confección de la agenda y en la determinación de los encargos; cuando el sensible a los requerimientos y tiene el cuidado de trabajar con el cliente, las luchas de poder son menos probables. Es importante que el terapeuta se abstenga de insistir con rigidez en encargos «estándar». No hay ningún recurso mágico para controlar y cuestionar pensamientos, aprender a relajarse, etcétera, y los clientes suelen ser mucho más aquiescentes si tienen un papel activo en la adaptación de las técnicas estándar a sus propias necesidades y preferencias.

Cuando aparecen problemas de disconformidad, pocas veces es útil que el terapeuta asuma un papel autoritario y se limite a insistir en que los clientes realicen los encargos. A menudo resulta mucho más productivo reconocerle al cliente el derecho de negarse a hacer lo que no quiera hacer, y a continuación explorar con él las ventajas y desventajas de realizar o no realizar las tareas. Si la justificación racional de una tarea es clara, y el cliente reconoce que elige realizarla y no se lo fuerza a hacerlo, es mucho menos probable que surjan problemas de disconformidad. Si la disconformidad persiste, la exploración de los pensamientos del cliente cuando decide no realizar las tarea propuestas ayuda a identificar cuestiones adicionales que es preciso abordar.

El miedo al cambio es un factor que suele contribuir a crear problemas de disconformidad; también puede generar un malestar acrecentado durante la terapia o llevar a una interrupción prematura del tratamiento. Dada la visión del mundo que tienen estos pacientes, no sorprende que le teman al cambio. Cuando alguien está en una situación peligrosa (o que él considera peligrosa) tiende a confiar en sus respuestas «probadas y seguras», que por lo menos le permiten salir del paso, son familiares y tienen desenlaces predecibles. Intentar una nueva respuesta supone entrar en terreno desconocido, aceptar un riesgo de fracaso y tolerar la incertidumbre por el resultado. Las respuestas usuales del cliente límite tal vez sean totalmente insatisfactorias, pero quizás a él le resulte mucho menos terrorífico mantener la conducta disfuncional que intentar nuevas respuestas no puestas a prueba.

El miedo al cambio que tiene el cliente límite se puede reducir en alguna medida abordándolo abiertamente cuando resulta evidente, y examinando los riesgos involucrados en intentar nuevas respuestas. No obstante, por lo general es necesario realizar cambios, pero paulatinamente y sin ninguna presión para acelerar el proceso. A menudo el terapeuta experimenta el deseo de «dar el golpe de gracia» cuando ve la oportunidad de una intervención espectacular capaz de producir un cambio súbito. Con los clientes límite, en general es mejor equivocarse por ser demasiado cauteloso. Es mucho más fácil trabajar con un cliente que ve un cambio gradual y está ansioso por continuar, que con un cliente que está aterrorizado por los cambios súbitos y es reacio a seguir con la terapia. El propio cliente puede ser una guía valiosa para pautar los tiempos del tratamiento, si el terapeuta le solicita retroalimentación y está atento a los signos de mayor malestar o reticencia.

El miedo al cambio se intensifica cuando el cliente supone que la terapia terminará en cuanto los problemas queden superados, y teme que el terapeuta lo abandone abruptamente. Si existen esos miedos, es importante dejar en claro que, sea cual fuere la mejoría, la finalización de la terapia será resultado de una decisión conjunta.

Reducción del pensamiento dicotómico

Lo típico es que el pensamiento dicotómico sea un componente tan profundo del funcionamiento cognitivo del individuo límite que le resulte difícil pensar en términos de dimensiones continuas, y no de categorías discretas. El trabajo eficaz para reducir el pensamiento dicotómico exige en primer lugar demostrarle al cliente que él piensa de esa manera y convencerle de que le interesa dejar de hacerlo. Algunos clientes límite —como Jean— comprenden que ellos «lo ven todo como blanco o negro» mientras que las otras personas perciben «matices de gris», pero a muchos otros hay que ayudarlos a reconocer esta pauta señalándoles ejemplos a medida que aparecen, así como a considerar si el pensar en términos de continuos es más realista y adaptativo que el pensamiento dicotómico. Esto se puede hacer escogiendo una dimensión que venga al caso, por ejemplo la fiabilidad, y pidiéndole al cliente definiciones operacionales claras para los dos extremos, que permitan clasificar a los individuos que conoce en una de las dos categorías; cuando trate de hacerlo, se verá si ese pensamiento dicotómico se basa o no en la realidad. Por ejemplo:

Terapeuta: Por el modo como habla, parecería que para usted la confianza es una cuestión de todo o nada. Se puede confiar en alguien por completo o no se puede confiar en esa persona en absoluto.

Cliente: Claro, así son las cosas.

Terapeuta: Bien, como una de las situaciones que le afectan se produce cuando le ha traicionado alguien en quien usted confió, quizá tengamos que prestar más atención a esto. Según usted lo ve, ¿qué características tiene alguien real y verdaderamente digno de confianza? Supongamos que llega un marciano que no sabe nada de la Tierra, y quiere identificar a los humanos en los que él podría confiar. ¿Qué tendría que buscar?

Cliente: Las personas fiables cumplen con lo que dicen.

Terapeuta: ¿Siempre?

Cliente: Sí.

Terapeuta: ¿Se podría decir algo más?

Cliente: Hum… Nunca mienten, no permiten que nada les impida cumplir sus promesas, no traicionan ni perjudican a la gente.

Terapeuta: ¿Eso es todo, o hay que tener algo más para ser verdaderamente digno de confianza?

Cliente: Creo que es todo.

Terapeuta: ¿Cómo llamaríamos a las personas en quien no se puede confiar?

Cliente: Supongo que «traicioneras».

Terapeuta: ¿Cuáles serían las características de una persona verdaderamente traicionera?

Cliente: No cumple con lo que dice.

Terapeuta: ¿Y en cuanto a mentir?

Cliente: Miente y engaña constantemente, y en cuanto tiene la oportunidad, se aprovecha de uno.

Terapeuta: Usted dice que la gente digna de confianza no permite que nada le impida hacer lo que ha prometido. ¿Qué relación tiene esto con la gente traicionera?

Cliente: Cuando ellos tratan de perjudicar, encuentran toda clase de excusas para justificar lo que ha sucedido.

Terapeuta: ¿Esto basta para definir a la gente traicionera?

Cliente: Creo que sí… Espere…, hay algo más… Hacen promesas y después traicionan. Eso realmente me indigna.

Terapeuta: Muy bien, veamos hasta qué punto funciona este modo de ver la cuestión de la confianza. Comencemos por su cuñada, ya que yo sé algo de ella.

¿Se puede confiar en ella, o es traicionera?

Cliente: Oh, puedo confiar en ella.

Terapeuta: Pero consideremos sus criterios. El primero era que la gente en quien se puede confiar siempre hace lo que ha dicho que hará. ¿No se acuerda de que la semana pasada usted se enojó porque ella había prometido hablarle por teléfono y no lo hizo?

Cliente: Sí, pero después se disculpó.

Terapeuta: Pero ya no es completamente fiable, según su definición. ¿Significa eso que es traicionera? ¿Miente y engaña constantemente?

Cliente: De ningún modo; se puede confiar en ella.

Terapeuta: De modo que ella no es absolutamente fiable según sus normas, pero tampoco es completamente traicionera. ¿Qué conclusión saca?

Cliente: Que no es o blanco, o negro…

Terapeuta: Bien, veamos. Imagine una escala en la que el 10 corresponde a la persona absoluta, completamente fiable, y el 0 a la completamente traicionera. ¿Cómo calificaría a su cuñada?

Cliente: Creo que le pondría un 8. Está muy ocupada y se olvida de las cosas.

Terapeuta: ¿Y cómo calificaría a su madre?

Este enfoque evita gran parte de la resistencia que el terapeuta encuentra si se limita a tratar de convencer al cliente de que las cosas no siempre son blancas o negras. Como es improbable que los conocidos del cliente caigan en uno u otro de los extremos de cualquier continuo, suele ser fácil demostrar que la calificación en una escala es más realista, y presenta ventajas significativas para pensar en cómo tratar con personas y situaciones. Con un poco de práctica, los clientes límite aprenden a cuestionar su propio pensamiento dicotómico, que gradualmente declina. Pero podría ser necesario que el terapeuta emplee este enfoque con varios conceptos, antes de que el cliente incorpore por completo el método y cuestione ese modo de pensar por propia iniciativa.

Control creciente de las emociones

Al ceder el pensamiento dicotómico suele producirse una disminución notable de la frecuencia de las oscilaciones súbitas de estado de ánimo; también decrece la intensidad de las reacciones emocionales del cliente, debido a que las situaciones problema son evaluadas en términos menos extremos. Pero el cliente puede lograr un

control adicional de las respuestas emocionales mejorando su capacidad para considerar con espíritu crítico sus propios pensamientos en las situaciones problema, y aprendiendo modos adaptativos de expresar las emociones. Si bien las técnicas utilizadas en el control y el cuestionamiento de pensamientos y en el desarrollo de respuestas activas, asertivas, son las mismas con los clientes límite que con los otros grupos clínicos (véanse Beck y otros, 1979; Coche, 1987; Linehan, 1979; D'Zurilla y Goldfried, 1971), con los límite es particularmente importante no presionarles y estar alerta a las complicaciones.

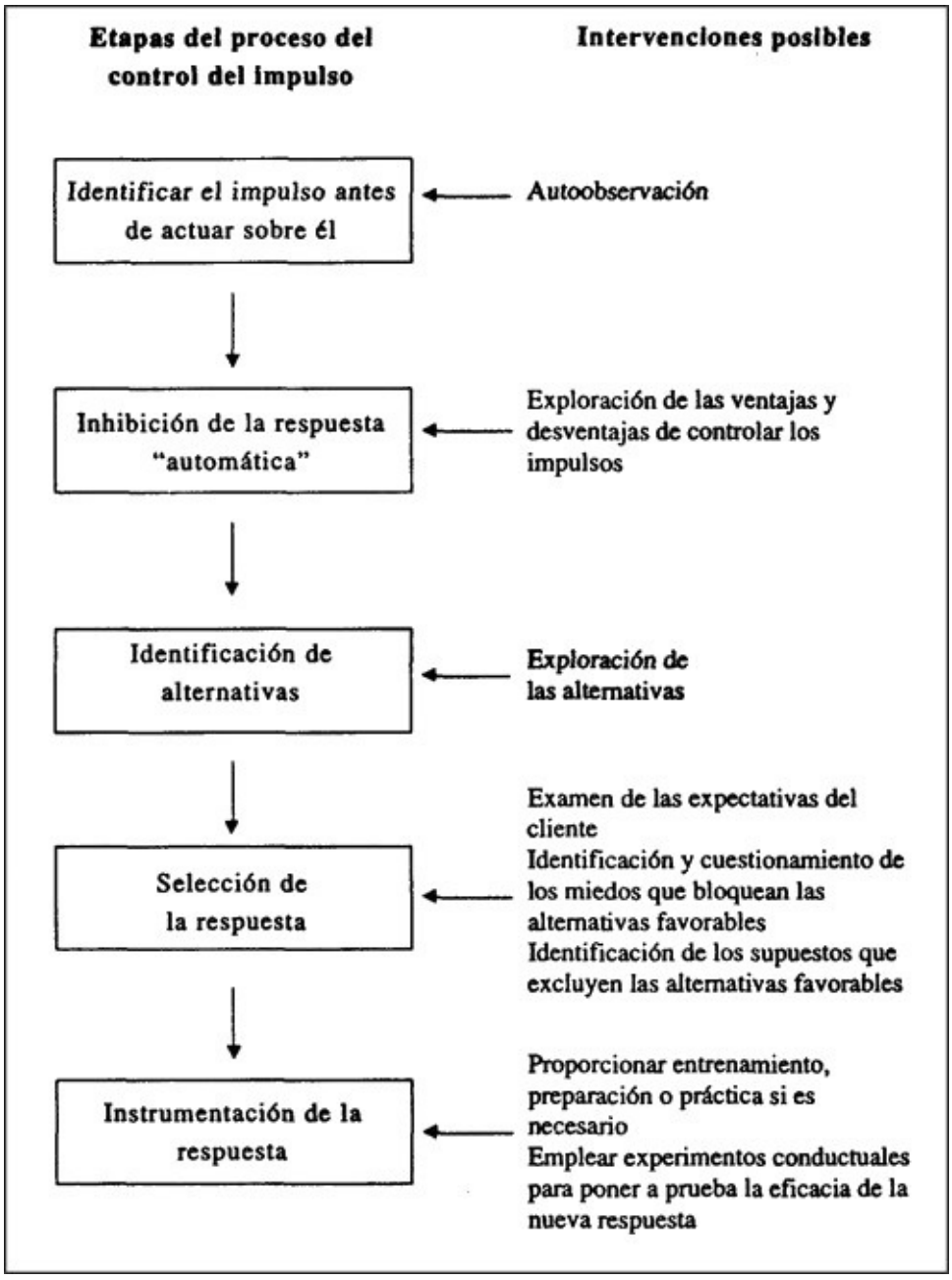
Muchos clientes límite creen que si expresan ciertos sentimientos, como la ira, de inmediato se producirá el rechazo o el ataque. En consecuencia, suelen tratar de suprimir toda expresión de esas emociones, y son extremadamente reticentes a considerar un enfoque activo, asertivo, que incluya la manifestación de fastidio o niveles moderados de otras emociones problemáticas. Tanto en la terapia individual como en la grupal, la relación terapéutica proporciona una excelente oportunidad para trabajar *in vivo* con el control adaptativo de las emociones. La terapia es una situación en la que el cliente puede experimentar con la expresión de sus sentimientos sin tener que temer consecuencias devastadoras. El terapeuta instrumenta este proceso preguntándole periódicamente cómo se siente cuando surgen situaciones capaces de producir fastidio u otras emociones desagradables en el cliente promedio. A continuación reconoce y acepta explícitamente las emociones que el cliente esté dispuesto a expresar, modela las respuestas adecuadas a esa expresión y le proporciona al cliente retroalimentación sobre el efecto de sus propias reacciones. Podría parecer que es posible acelerar ese proceso provocando intencionalmente irritación u otras emociones, pero lo mejor es aprovechar las situaciones que surgen naturalmente, o bien suscitar reacciones con el consentimiento del cliente, por medio de la dramatización o la visualización; la autenticidad y la sinceridad del terapeuta son muy importantes para mantener una relación de trabajo sólida.

Mejora del control de los impulsos

Los mismos tipos de intervención útiles para mejorar el control de las emociones lo son también para mejorar el control de los impulsos. No obstante, la consideración de la secuencia de los pasos necesarios para que un individuo controle un impulso (véase la figura 9.1) sugiere diversos puntos de intervención adicionales. A menudo el primer paso para mejorar el control es abordar la respuesta encubierta del cliente: «¿Por qué demonios tengo que hacerlo?». A gran cantidad de clientes límite muchas figuras de autoridad les han dicho a lo largo de los años que tenían que controlarse más, «o en caso contrario…». Cuando el terapeuta les plantee el tema, quizá se opongan abiertamente. Es importante que el terapeuta deje claro que no trata de obligar al cliente a controlar sus impulsos ni de imponer las normas de la sociedad,

sino de ayudarle a desarrollar la capacidad para *elegir* si ha de actuar o no obedeciendo a un impulso, para no comportarse de un modo que más tarde tenga que lamentar.

FIGURA 9.1. ***Puntos de intervención posible en el proceso de control de los impulsos***



Cuando esto ya ha quedado establecido, suele ser mucho más fácil lograr que el cliente aborde situaciones problema específicas, que explore las ventajas y desventajas de controlar el impulso en cuestión y que desarrolle métodos para hacerlo. Quizá sea necesario trabajar explícitamente sobre cosas muy básicas, como advertir los impulsos moderados antes de que crezcan hasta que resulte difícil controlarlos, e identificar las alternativas adaptativas. Una vez identificadas estas alternativas, el entrenamiento de autoinstrucción (Meichenbaum, 1977) puede ser útil

para ayudar a los clientes a instrumentar esas nuevas conductas.

La conducta impulsiva autodestructiva puede ser particularmente problemática, puesto que quizá sea necesario eliminarla pronto y a menudo suscita reacciones emocionales muy fuertes en el terapeuta. Es importante que se comprenda con claridad su motivación, examinando en primer lugar los pensamientos y sentimientos, y después inquiriendo directamente: «¿Qué quiere Usted lograr con esta acción?», o «¿Qué pretende con eso?». Los intentos de suicidio, la automutilación y otros actos autodestructivos pueden responder a muchos motivos diferentes: el deseo de castigar a otros con los que el cliente está encolerizado, el deseo de castigarse a sí mismo o de aliviar la culpa, el deseo de apartar otras obsesiones aún más aversivas, y así sucesivamente.

Una vez comprendida la motivación, es posible trabajar con el Cliente en la búsqueda de otros métodos para alcanzar el mismo resultado pero de un modo más adaptativo o con menos efectos secundarios negativos. Por ejemplo, como recurso, a veces es posible reemplazar un acto autodestructivo (por ejemplo, herirse) por otro que sólo lo es en grado mínimo (dibujarse rayas con un marcador). Después esta conducta puede a su vez sustituirse por una alternativa más adaptada. Desde luego, si el riesgo de que el cliente realice actos seriamente autodestructivos es alto y las Intervenciones que hemos descrito no demuestran ser eficaces en el poco tiempo del que se dispone, puede ser precisa una hospitalización que proporcione el tiempo necesario para obtener resultados. En Leibenhuft, Gardner y Cowdry (1987) el lector encontrará un excelente informe sobre los puntos de vista que cinco clientes límite tenían de sus episodios de automutilación.

Fortalecimiento del sentido de identidad del cliente

En alguna medida, la técnica terapéutica cognitiva que escoge metas específicas y las aborda de modo activo y asertivo genera como efecto lateral un sentido más claro de las propias metas, prioridades, capacidades y logros. Pero es posible facilitar aún más el desarrollo en el cliente de un sentido más claro de la identidad ayudándole a detectar sus características y logros positivos, proporcionando retroalimentación positiva a sus buenas decisiones y su comportamiento adecuado, y ayudándole a evaluar con realismo sus propias acciones. Por lo general es prudente ser moderado y evitar efusiones, pues al principio el cliente límite puede sentirse muy incómodo con la retroalimentación positiva. Es especialmente importante que éste sea sincero; si carece de realismo, no hace más que reducir la credibilidad del terapeuta y da la impresión de que intenta «mimar» al cliente. Ahora bien, cuando un cliente con TLP funciona mal, es difícil proporcionarle retroalimentación positiva sincera. Pero en un marco de referencia apropiado, el terapeuta presta atención a los pequeños progresos y a los intentos reales del cliente; entonces es posible encontrar oportunidades de

retroalimentación positiva mucho antes de que el cliente se conduzca mejor día tras día. Por ejemplo, es muy difícil que un cliente límite se arriesgue a revelar un acto del que se avergüenza, o a expresar la ira que le provoca el terapeuta. Cuando lo hace, ello constituye un paso importante en el progreso de la terapia. El terapeuta aprecia el hecho de que el cliente asuma esos riesgos, aunque la forma como reconoce la vergüenza o expresa la cólera sea muy imperfecta.

Abordar los supuestos

El proceso de identificar y cuestionar los supuestos o esquemas subyacentes del cliente difiere de la terapia cognitiva estándar de la depresión (Beck y otros, 1979), sobre todo a causa de la intensidad de la creencia de estos clientes en sus supuestos. En consecuencia, suele ser más eficaz (1) recurrir a «experimentos conductuales» para poner a prueba la validez de las creencias, y (2) pensar en «ir desmenuzando» poco a poco las creencias, en lugar de intervenir intensivamente y eliminarlas en unas pocas sesiones.

La convicción del cliente de que la vida diaria está llena de peligros y de que se halla desamparado se puede socavar gradualmente confrontando sus expectativas con la experiencia previa, ideando experimentos conductuales que la pongan a prueba y ayudándole a desarrollar nuevas capacidades y habilidades para conducirse adecuadamente. Por ejemplo, la convicción de Joan de que estaba desamparada ante el trato injusto se modificó levemente con la revisión de sus experiencias en sus empleos y en la escuela para graduados, donde esa convicción de desamparo se debilitó aún más cuando amplió considerablemente su capacidad para la autoafirmación y la resolución de problemas, pero no desapareció por completo hasta que en un nuevo empleo se enfrentó con éxito a varios episodios de trato injusto.

La convicción del paciente límite de que en él hay una falla intrínseca que provocará rechazo si es descubierta suele ser muy difícil de modificar. Lo típico es que se resista mucho a poner a prueba su creencia arriesgándose a «abrirse» y observar las reacciones de los demás. Puede ser útil hablar explícitamente con él de este dilema, para que trate de determinar si en efecto tiene defectos inmutables y universalmente inaceptables, y considere el precio que paga al evitar la intimidad a fin de no ser «descubierto». No obstante, la relación terapeuta-cliente presenta la oportunidad más poderosa para atacar ese supuesto. En el curso de la terapia, el cliente revela poco a poco la totalidad de su «locura», muchos de los actos que le avergüenzan o por los que se siente culpable, y las emociones que considera intolerables. Si el terapeuta lo acepta tal como es y le comunica su aceptación con empatía e interés, le proporcionará al cliente la mejor prueba de que puede ser aceptado aunque se conozcan sus peores secretos. También es importante que los clientes comprendan que no todo el mundo los aceptará, y que sepan conducirse ante

el rechazo tanto como ante la aceptación mientras se corren riesgos de una mayor apertura y de relaciones más estrechas fuera de la terapia.

Conclusiones

La terapia cognitiva con individuos límite puede ser muy ardua, y se recomienda al clínico que determine el número máximo de estos casos que acepta como clientes; no obstante, también pueden resultar muy gratificadores.

Por ejemplo, Joan asistió a sesiones semanales durante cinco meses. Al final de la terapia no había tenido problemas de Oscilación del estado de ánimo, ansiedad o depresión durante dos meses. Había superado la posposición de la búsqueda de trabajo; había encontrado buen empleo en su profesión y se desempeñaba bien; no experimentaba resentimiento por los horarios, las reglas y el trato injusto que se puede sufrir en una empresa importante.

Joan se sentía también más cómoda en su matrimonio, reaccionaba con más moderación cuando surgían problemas y era asertiva con su esposo. Sólo tenía problemas comunes, sabía «bordarlos correctamente» y sabía a qué atenerse sobre cómo quería tratar los problemas más importantes que pudieran aparecer en el futuro.

Al final de la terapia esta cliente seguía más bien tensa y todavía trabajaba para relajar las normas demasiado exigentes que se fijaba. Aún no había hecho muchas amigas en Chicago, porque consagraba su tiempo y energía a mejorar su matrimonio. No obstante, se sentía preparada para continuar trabajando en esas cuestiones por sí misma y para retomar el contacto con el terapeuta si dejaba de realizar progresos.

La mejoría de Joan fue más rápida que lo habitual porque ella había sacado mucho partido de la terapia previa, a pesar de que al principio pretendía lo contrario. Nuestra experiencia sugiere que un cliente límite que no haya tenido una extensa terapia previa puede requerir sesiones semanales durante un año y medio a dos años y medio. (Las metas más limitadas suelen alcanzarse en un período más breve, mientras se prepara al cliente para la conclusión del tratamiento).

Este es un marco temporal muy diferente de las quince o veinte sesiones típicas de la terapia cognitiva de una depresión unipolar no complicada; no se trata de una terapia breve. Pero no sale mal parado al compararlo con el tratamiento alternativo más importante, la psicoterapia psicoanalítica. Como la psicoterapia psicoanalítica del TLP se basa en la transferencia, sin centrarse en síntomas o cogniciones específicos (Kernberg, 1977), lo típico es que la terapia cognitiva produzca mucho

más rápidamente la reducción de los síntomas importantes. Los psicoanalistas especializados en el tratamiento del TLP dicen que requiere por lo general de cinco a siete años (Masterson, 1982). La terapia cognitiva de estos pacientes no es ciertamente rápida y fácil, pero promete ser un tratamiento más eficaz que las otras alternativas con las que ahora se cuenta.

Las investigaciones empíricas sobre la eficacia de la terapia cognitiva u otras terapias cognitivo-conductuales del TLP están en sus etapas iniciales, y poco se sabe al respecto. Linehan y sus colaboradores (Linehan, Armstrong, Alimón, Suárez y Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suárez y Alimón, 1988) han examinado recientemente la eficacia de la terapia conductual dialéctica en comparación con el «tratamiento habitual» de una muestra de sujetos límite crónicamente parasuicidas. Los pacientes que recibieron terapia conductual dialéctica tuvieron una tasa de deserción significativamente inferior y conductas significativamente menos dañosas para sí mismos que los sujetos control. No obstante, en doce meses de tratamiento con ambos enfoques sólo hubo pequeñas mejorías en las depresiones y otras sintomatologías; ninguno demostró una clara superioridad general. Estos resultados son modestos; sin embargo, es alentador descubrir que un año de terapia cognitivo-conductual pudo producir una mejoría duradera de la conducta parasuicida en una muestra de sujetos que no sólo satisfacían los criterios diagnósticos para el TLP, sino que también eran crónicamente parasuicidas, tenían historias de hospitalización psiquiátrica múltiple y no conservaban sus empleos debido a sus síntomas psiquiátricos. Es obvio que se necesitan muchas investigaciones que examinen tratamientos alternativos y pongan a prueba las diversas conceptualizaciones cognitivo-conductuales de este trastorno.

Nuestra experiencia clínica con el enfoque que hemos presentado del tratamiento del cliente límite ha sido muy alentadora, sobre todo teniendo en cuenta los pobres resultados que se han comunicado para intervenciones cognitivo-conductuales que no consideraron las características de este trastorno (Mays, 1985; Rush y Shaw, 1983). No obstante, innecesario es decir que se necesitan amplias investigaciones empíricas. Existen obvios problemas prácticos cuando se trata de reunir una muestra grande de sujetos límite para estudiar los resultados del tratamiento tradicional o poner a prueba las hipótesis. El refinado diseño de caso único utilizado por Turkat y Maisto (1985) en su investigacion sobre el tratamiento conductual de los trastornos de la personalidad quizá proporcione un modo práctico de desarrollar un enfoque validado empíricamente para comprender y tratar a estos individuos tan complejos.

CAPÍTULO 10

EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

El concepto de «histeria» tiene una historia (resumida por Vieth, 1977) de más de cuatro mil años. Este término es polémico, y el concepto mismo ha sido rechazado por las feministas como un rótulo sexista, destinado a descartar los problemas de las mujeres cuando no son fáciles de explicar, o cuando plantean exigencias que parecen excesivas. Se ha aplicado el término «histeria» a fenómenos tan diversos como la pérdida transitoria del control resultante de un estrés abrumador, el trastorno de conversión, el síndrome de Briquet, un trastorno o un rasgo de la personalidad. Lo más común es que se diga que son histéricas las pacientes difíciles de tratar. En la reseña que realizan de este fenómeno, Temoshok y Heller (1983) dicen que la «histeria», en su carácter de «rótulo diagnóstico, es tan vago, lábil, difuso, inestable y superficialmente atractivo como los diversos fenómenos con los que se lo ha asociado» (pág. 204). Con la finalidad de reducir la confusión (y las posibles connotaciones sexistas) en el uso del término «histeria», la American Psychiatric Association no lo incluyó en el DSM-III (APA, 1980). En su lugar, aparecen las categorías separadas del trastorno por somatización y el trastorno de conversión, la hipocondría, los trastornos disociativos y el trastorno histriónico de la personalidad (THP).

El concepto de histeria comenzó con la idea egipcia de que si el útero no estaba bien sujeto vagaba por el cuerpo, se alojaba en un lugar y producía en él los síntomas correspondientes. El tratamiento consistía en atraer de nuevo al útero a su posición normal mediante la aplicación en la vagina de perfumes o sustancias preciosas, a veces en forma de sahumerios, o expulsándolo de su localización falsa mediante la inhalación o la aplicación de sustancias malolientes, fétidas, en el lugar del malestar. Los hipocráticos también solían prescribir casarse y tener hijos, cosa que los médicos han recomendado desde entonces a sus pacientes histéricas.

Millón (1981) proporciona una excelente reseña de las primeras descripciones alemanas del carácter histérico, resumiendo la prolongada controversia sobre el empleo del término. Por ejemplo, según Millón, ya en 1923 Schneider utilizó la expresión «búsqueda de atención» como sustituto de «histeria», sosteniendo que esta última palabra implicaba un juicio moral y había adquirido un significado demasiado amplio y vago.

Aunque la teoría psicoanalítica se originó en la explicación por Freud de los síntomas histéricos, su interés primordial era la histeria de conversión, y no los rasgos de la personalidad histérica. Las primeras descripciones psicodinámicas hicieron hincapié en los conflictos edípicos no resueltos como determinantes primarios de este trastorno, mientras se consideraba que la represión era la defensa más característica.

Abraham (1921/1948), Fenichel (1945) y Reich (1945) subrayaron la preeminencia del complejo de Edipo, la angustia de castración y la envidia del pene en el desarrollo de la personalidad histérica. Ellos consideraban la fantasías orales como una regresión defensiva contra los rasgos edípicos dominantes. Sobre la base de la creencia de que la descarga de las emociones sexuales reprimidas producía la cura, el primer tratamiento analítico de la histeria consistía en sugestión e hipnosis para facilitar la abreacción. Más tarde, Freud modificó su método, incluyendo el empleo de la asociación libre y la interpretación de la resistencia y la transferencia a fin de desarrollar *insight* y abreacción. Aunque el tratamiento de la histeria ha sido caracterizado como la base del método psicoanalítico, son pocos los estudios empíricos controlados que sé han publicado al respecto.

Marmor (1953) cuestionó el pensamiento psicoanalítico clásico, al plantear que la fijación involucrada en la personalidad histérica es de una naturaleza primariamente oral, y no fálica, lo que sugiere una perturbación más profunda y primitiva. Varios pensadores psicoanalíticos han llegado a una transacción entre estas dos concepciones, proponiendo una diferenciación dentro del espectro de la personalidad histérica (Easser y Lesser, 1965; Kernberg, 1975; Zetzel, 1968). Más recientemente, Baumbacher y Amini (1980-1981) discriminaron tres grupos dentro del THP:

1. la neurosis caracterológica histérica, asociada con los problemas edípicos triádicos clásicos;
2. el trastorno histérico de la personalidad, enraizado en la fase fálica inicial y por lo tanto asociado con cuestiones diádicas (madre-hijo), y
3. la organización límite de la personalidad con rasgos histéricos, que utiliza defensas más primitivas, características de las fases preedípicas.

En estudios factoriales, Lazare, Klerman y Armor (1966,1970) encontraron que cuatro de siete rasgos clásicamente asociados con la personalidad histérica se agrupan tal como se había esperado. Los rasgos de la emocionalidad, el exhibicionismo, el egocentrismo y la provocación sexual aparecían fuertemente asociados entre sí, mientras que los rasgos de la sugestionabilidad y el temor a la sexualidad no formaban grupos. La dependencia quedaba en una posición intermedia. Otros rasgos inesperados que aparecían en el conjunto histérico eran la agresión, la expresión oral, la obstinación y el rechazo de los otros. Sobre la base de estos hallazgos, Lazare y otros llegaron a la conclusión de que su muestra histérica podría haber correspondido a la variante más primitiva, pregenital, de la histeria.

Ya en el DSM-I (APA, 1952), se había trazado una discriminación entre lo que se consideró aspectos neuróticos de la histeria (reacción de conversión) y los aspectos de la personalidad histérica (entonces denominada personalidad emocionalmente inestable). El DSM-II (APA, 1968) diferenciaba la neurosis histérica (que incluía la

reacción de conversión y la reacción disociativa) de la personalidad histérica. Aunque las teorías psicoanalíticas sobre la personalidad histérica han sido las dominantes, parecen no haber influido mucho en las categorizaciones oficiales. Por ejemplo, el diagnóstico de la personalidad histérica en el DSM-II se fundaba en agrupamientos de rasgos y conductas que definían una pauta conductual «caracterizada por la excitabilidad, la inestabilidad emocional, la reactividad excesiva y la dramatización de sí mismo… Estas personalidades son también inmaduras, centradas en sí mismas, a menudo vanidosas y muy dependientes de los demás» (pág. 43). Como ya hemos señalado, en el DSM-III (APA, 1980) el término «histeria» no aparece en absoluto, pero se define la categoría independiente de trastorno histriónico de la personalidad.

Evaluación clínica

Según el DSM-III-R (APA, 1987), el THP se caracteriza por la excesiva emocionalidad y la tendencia a llamar la atención (tabla 10.1). Los individuos con THP constantemente procuran o exigen que se les apoye, se les apruebe o se les elogie. A diferencia de las personas con un trastorno de la personalidad por dependencia, buscan activamente la atención de los demás por medio de una conducta espectacular y llamativa. Desean abiertamente ser físicamente atractivos, suelen ser manifiestamente seductores, y se sienten más cómodos cuando ocupan el centro de atención. Su emocionalidad parece ser exagerada, lábil y superficial; tienden a tener un lenguaje de estilo vago, globalizador. Los otros los ven como centrados en sí mismos y sin capacidad para esperar la gratificación. Estos pacientes son vivaces, teatrales y, como lo implica el rótulo diagnóstico, tienen un estilo histriónico. Su conducta es abiertamente reactiva e intensa. Son emocionalmente excitables y anhelan ser estimulados; a menudo responden a pequeños estímulos con estallidos irracionales de cólera o descontrol. Sus relaciones interpersonales están deterioradas, y los demás los perciben como superficiales, carentes de autenticidad, exigentes y abiertamente dependientes.

TABLA 10.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno histriónico de la personalidad***

Una pauta generalizada de emocionalidad excesiva y búsqueda de atención, iniciada a principios de la adultez y presente en diversos contextos, indicada al menos por cuatro de los rasgos siguientes:

1. Constantemente busca o exige reaseguramiento, aprobación o elogio.
2. Inapropiada seducción sexual en el aspecto o la conducta.
3. Le preocupa abiertamente su atractivo físico.
4. Expresa las emociones con una exageración inadecuada; por ejemplo, abraza a conocidos casuales con un ardor excesivo, solloza de modo incontrolable por episodios sentimentales poco importantes, tiene estallidos de mal genio.
5. Se siente incómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
6. Expresa las emociones de un modo rápidamente cambiante y superficial.
7. Está centrado en sí mismo; sus acciones apuntan a obtener una satisfacción inmediata; no tolera la frustración o la demora de la gratificación.
8. Tiene un estilo de lenguaje excesivamente impresionista y falto de detalles; por ejemplo, cuando se le pide que describa a la madre, no puede decir nada más específico que «era una bella persona».

El DSM-III-R describe las relaciones interpersonales del histriónico como habitualmente tormentosas e insatisfactorias. Estos individuos dependen de la atención que les brinden las otras personas, por lo cual son especialmente vulnerables a la angustia de separación, y es posible que recurran al tratamiento cuando los ha perturbado intensamente la ruptura de una relación. En su estudio de treinta y dos pacientes internados en un hospital psiquiátrico con el diagnóstico de personalidad histriónica, Slavney y McHugh (1974) encontraron que casi el 80 por ciento de ellos debieron ser hospitalizados por su tendencia suicida, su depresión o ambas cosas. La mayoría de los intentos suicidas no habían puesto en peligro la vida y se habían producido después de un acceso de cólera o una decepción. Los trastornos por ansiedad tales como el trastorno por angustia, con agorafobia y sin ella, son también comunes entre los problemas presentados. Otras complicaciones frecuentes del THP que pueden llevar a que se busque tratamiento son el alcoholismo y otros abusos de sustancias tóxicas, el trastorno de conversión, el trastorno por somatización y la psicosis reactiva breve.

Por ejemplo, Debbie era una mujer de veintiséis años que trabajaba como vendedora en una tienda de moda e inició la terapia por un trastorno por angustia con agorafobia. Vestía de un modo rimbombante y su peinado era muy elaborado y teatral. Impresionaba su aspecto, porque era muy baja (medía menos de un metro y medio) y presentaba un sobrepeso de unos treinta y cuatro kilos. Aun dentro del consultorio y ante la evaluación usó lentes para el sol, jugando sin cesar con ellos; se los ponía y sacaba nerviosamente, agitándolos a veces para subrayar una frase. En

diversos momentos lloró de modo ruidoso y teatral, sonándose con una gran cantidad de pañuelos de papel. Continuamente pedía ser tranquilizada («¿Me pondré bien?», «¿Podré superar esto?»). Durante la evaluación habló sin parar. Cuando el evaluador la interrumpía con suavidad, ella se disculpaba, riendo y diciendo: «Ya sé que hablo demasiado», pero no dejó de hacerlo en toda la sesión.

Como el rótulo diagnóstico lo sugiere, la indicación más fuerte de un THP es una presentación de sí mismo abiertamente dramática, teatral o histriónica. Slavney (1978) pidió a funcionarios y profesores universitarios que ordenaran según su importancia diagnóstica los rasgos característicos de la personalidad histérica. Sus encuestados consideraron que los rasgos más importantes desde el punto de vista del diagnóstico y reconocidos con más seguridad eran la autoteatralización, la búsqueda de atención, la inestabilidad emocional y la intención de seducir. La vanidad, la inmadurez y los síntomas de conversión se consideraron relativamente poco importantes y reconocidos con menos certidumbre.

La medición directa de la autoteatralización ha sido difícil, pero hay investigaciones sobre el rasgo de la labilidad emocional. En una serie de estudios, Slavney y sus colaboradores demostraron que la variabilidad del estado de ánimo estaba positivamente correlacionada con la autocalificación en rasgos histéricos de hombres y mujeres normales, y que los pacientes a los que se había diagnosticado un THP presentaban una mayor variabilidad del estado de ánimo que los pacientes de control (Rabins y Slavney, 1979; Slavney, Breitner y Rabins, 1977; Slavney y Rich, 1980). Standage, Bilsbury, Jain y Smith (1984) encontraron que las mujeres con el diagnóstico de THP presentaban una capacidad deteriorada para percibir y evaluar su propia conducta tal como era percibida y evaluada por otros miembros de la misma cultura.

El paciente con THP ha sido conceptualizado como una caricatura de lo que en nuestra cultura se define como feminidad: es vanidoso, superficial, afectado; es inmaduro, dependiente en exceso y egoísta. Cuando se les pidió que evaluaran los conceptos de «mujer», «hombre», «personalidad histriónica», «personalidad antisocial» y «personalidad compulsiva», utilizando una técnica semántica diferencial, los residentes psiquiátricos y los psiquiatras establecieron implícitamente una conexión más fuerte entre los significados de los conceptos «mujer» y «personalidad histriónica» que entre los conceptos de «hombre» y «personalidad antisocial» o «personalidad compulsiva» (Slavney, 1984).

El THP se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres, y en los hombres se asocia con la homosexualidad. No obstante, esta diferenciación por sexos podría deberse más a nuestras expectativas sociales que a los hechos reales que se manifiestan en el trastorno. Se ha sugerido que lo más adecuado es verlo como una caricatura de cualquiera de los dos roles sexuales, tanto de la masculinidad extrema como la feminidad extrema (Kolb, 1968; MacKinnon y Michaels, 1971; Malmquist, 1971). Ahora bien, una feminidad extrema suele ser diagnosticada como histriónica,

mientras que una caricatura de masculinidad (un varón abiertamente «macho», teatral, buscador de sensaciones, superficial, vanidoso y egocéntrico) lo es raramente, aunque satisfaga los criterios del DSM-III-R. No es probable que un hombre de este tipo busque tratamiento.

Las relaciones entre el THP, la personalidad antisocial y el trastorno por somatización han sido estudiadas por Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz y Akiskal (1986). Estos autores encontraron que tales trastornos se superponen considerablemente en los individuos; la relación más fuerte es la que existe entre el THP y la personalidad antisocial. Además, el THP modera la relación entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización, pues esa relación sólo resultó significativa en individuos sin THP. En razón de esto, hay autores que sugieren la posibilidad de que los individuos histriónicos desarrollen una personalidad antisocial si son varones y un trastorno por somatización si son mujeres.

Las emociones del individuo histriónico se expresan con intensidad, pero parecen exageradas o poco convincentes, como si el paciente estuviera interpretando un papel teatral. En la evaluación, el clínico puede remitirse a sus propias reacciones como indicadoras de la posibilidad de que esté en presencia de este tipo de trastorno. Si un paciente expresa una malestar extremo, pero el clínico tiene la sensación de observar una interpretación teatral, sin experimentar una verdadera empatía con el cliente, tal vez sea útil que explore la posible existencia de un THP. Estos pacientes son cálidos, encantadores e incluso seductores, pero algo falta. Sus sentimientos parecen carecer de profundidad o autenticidad.

Por ejemplo, en una sesión de terapia grupal, uno de los terapeutas comentó el hecho de que Debbie siempre aparecía con un gran vaso de agua. Debbie respondió: «El agua es lo de menos; miren todas las otras cosas que tengo que llevar conmigo». Entonces tomó teatralmente su bolso y sacó una *Biblia*, sal, un impermeable, una bolsa de papel y un frasco de medicamento, explicando el uso que tenía que darle a cada uno de esos objetos si sufría una crisis de angustia. Aunque estaba describiendo lo ansiosa que se ponía y afirmaba que de ningún modo podía salir n la calle sin todos esos objetos, en realidad parecía orgullosa de la exhibición del equipo, y se le veía disfrutar «mostrando y contando».

Estos pacientes suelen presentar sus propios síntomas, pensamientos y acciones como si fueran entidades externas impuestas contra su voluntad. Tienden a formular enunciados absolutos, como por ejemplo: «Estas cosas siempre me pasan a mí». Su lenguaje suele ser intenso y dramático, con una gran cantidad de hipérboles. Tienden a emplear frases fuertes y sorprendentes al mismo tiempo, pero después el clínico descubre que no tiene la menor idea de lo que el paciente quiso decir. Los histriónicos emplean una entonación teatral, con gestos y expresiones faciales dramáticos. Suelen vestir de un modo que atrae la atención, con colores brillantes, estilos sorprendentes y provocativos, y un exceso de cosméticos y de tinte para el cabello.

Aunque una presentación dramática de sí mismo puede indicar la presencia de un

posible THP, un estilo teatral o una manera inusual de vestir no bastan por sí solos para fundar un diagnóstico de este trastorno. Si se pretende que el término no se limite a reemplazar a la palabra «histérico» con todo su carácter tendencioso, los clínicos deben utilizar escrupulosamente todos los criterios diagnósticos del DSM-III-R, y no clasificar a un paciente como histriónico sólo sobre la base de indicaciones de que tiene talento teatral. No obstante, si estas características se utilizan como indicios que el clínico tiene que sondear con cuidado en busca de más información útil para llegar al diagnóstico, el eventual diagnóstico apropiado de THP resultará bien fundamentado.

Es útil explorar en profundidad las relaciones interpersonales. Deben obtenerse detalles sobre el inicio de la relación, los hechos ulteriores y la ruptura. Hay que prestar atención a indicaciones tales como una concepción romántica que pronto se frustra, relaciones que tienen un principio idílico y terminan desastrosamente o relaciones tormentosas con finales dramáticos. También hay que obtener información sobre el modo como estos individuos manejan la ira, las peleas y los desacuerdos. El clínico debe pedir ejemplos específicos y buscar signos de estallidos dramáticos, descontrol nervioso y empleo manipulador de la cólera.

Por ejemplo, Debbie tenía una historia de relaciones tormentosas con los hombres. A los dieciséis años había estado con un jovencito muy celoso que la seguía sin que ella lo supiera. Esta relación terminó con un ataque con arma blanca, aunque en el momento de iniciar el tratamiento Debbie todavía veía al muchacho de vez en cuando. Poco después de cumplir veinte años, cuando el novio de pronto dejó de llamarla, Debbie conoció a otra muchacho con el que «se casó por despecho». Cuando se le preguntó qué había tenido de bueno ese matrimonio, ella dijo que la pareja era compatible porque «a los dos les gustaba la ropa». La relación había sido muy buena, pero poco después de casados «él empezó a controlarme». No obstante, esta afirmación fue contradicha por descripciones posteriores: la noche anterior a la boda ella le había rogado que no se casaran, ante lo cual él la amenazó con matarla si no lo hacían. Sólo cuando el terapeuta le preguntó detalladamente qué quería decir al referirse a que el hombre «la controlaba», Debbie dijo concretamente que era un alcohólico y un jugador compulsivo, que la maltrataba físicamente y que le era infiel. Se habían divorciado al cabo de unos meses.

La mayoría de las personas no están dispuestas a reconocer que presentan muchos de los rasgos negativos del THP, pero preguntándoles a los pacientes cómo tienden a verlos los demás es posible obtener material pertinente relacionado con estos factores. Un modo de hacerlo consiste en examinar las relaciones anteriores que no se desarrollaron bien, indagando de qué se quejaban las otras personas. Con cualquier paciente hay que tratar de recoger detalles sobre las ideas, amenazas e intentos de suicidio, para determinar si existe en ese momento algún riesgo al respecto. Con un paciente potencialmente histriónico, esta información es también útil para determinar si hay una característica teatral o manipulativa en las amenazas o intentos del

presente. También puede ser útil pedir detalles sobre los tipos de actividades con los que el paciente disfruta más, para ver si le gusta especialmente ser el centro de la atención o si busca procurarse actividad y excitación.

Conceptualización cognitiva

Aunque para Shapiro (1965) la represión es significativa en el desarrollo de la patología histérica, él considera que el «estilo neurótico» del histérico no se debe sólo a la exclusión de contenidos ideacionales o emocionales específicos de la conciencia. A juicio de este autor, el modo general de cognición del histérico es global, difuso y vago, con independencia del contenido. El histérico sería incapaz de una concentración intelectual intensa o coherente, lo que le llevaría a ser en general de distracción fácil y sugestionable, además de presentar conocimientos generales deficientes incluso en campos que no es razonable suponer sujetos a la influencia de la represión.

Entre los teóricos de la terapia cognitiva y conductual, Beck (1976) ha realizado una conceptualización cognitiva de la histeria, pero más relacionada con la histeria de conversión que con el THP. Millón (1981) presenta respecto de este trastorno una «teoría del aprendizaje biosocial», según la cual el THP concuerda con la pauta de la personalidad activo-dependiente.

Uno de los supuestos subyacentes del individuo con THP es «Yo soy inadecuado e incapaz de manejar la vida por mí mismo». Otros trastornos pueden basarse en un supuesto análogo, pero es el modo como el sujeto se encuentra con esta creencia lo que distingue específicamente al THP. Por ejemplo, los depresivos con esta creencia básica hacen hincapié en los aspectos negativos de sí mismos: se sienten indignos y desamparados. Los sujetos con un trastorno de la personalidad por dependencia optan por subrayar su desamparo y esperan pasivamente que alguien se haga cargo de ellos. Las personas histriónicas tienden a asumir un enfoque más pragmático, sin dejar nada librado al azar. Llegan a la conclusión de que, puesto que son incapaces de cuidarse por sí mismas, necesitan encontrar el modo de que otros las cuiden. Entonces emprenden activamente la búsqueda de atención y la aprobación, para asegurar que los demás satisfagan sus necesidades.

Como considera que las otras personas son esenciales para su supervivencia en el mundo, el paciente histriónico tiende también a tener la creencia básica de que es necesario que todos lo amen por lo que hace. Esto genera un fuerte temor al rechazo.

Incluso la idea de que el rechazo es posible resulta extremadamente amenazadora, pues le recuerda al histriónico que su posición en el mundo es muy débil. Toda indicación de rechazo es devastadora, incluso aunque la persona que rechaza en realidad no sea importante para el paciente. Como se siente básicamente inadecuada pero se desespera por obtener la aprobación como su única posibilidad de salvación, la persona con un THP no puede relajarse ni dejar librado al azar el logro de ese objetivo. En lugar de ello, siente una constante presión que le lleva a atraer la atención con los medios que mejor ha aprendido, y que a menudo consisten en asumir un extremo del estereotipo de su rol sexual. Los histriónicos de sexo femenino (así como algunos varones) parecen haber sido recompensados desde edad temprana por ser bellos, por su atractivo físico y su encanto, más que por su capacidad o por algún esfuerzo que exigiera pensamiento y planificación sistemáticos. Los histriónicos varones «machos» han aprendido a interpretar un rol masculino extremo, pues se les recompensaba por la virilidad, la rudeza y el poder, más que por su capacidad real o por la aptitud para resolver problemas. Es entonces comprensible que los histriónicos varones y mujeres aprendan a concentrarse en el desempeño de roles y la «interpretación teatral» para otros.

Por ejemplo, los padres de Debbie se divorciaron cuando ella era todavía un bebé, tras lo cual su padre se mudó a Nueva York y entró en el negocio del espectáculo. De niña ella lo veía una vez al año; sentía claramente que tenía que competir con todos esos interesantes amigos del teatro y con «todas las mujeres» que rodeaban al padre. El hombre siempre había querido que ella fuera «la niñita perfecta»; a Debbie la había preocupado constantemente la posibilidad de defraudarle.

En el examen de un caso de THP, Turkat y Maisto (1985) formularon los problemas de estos pacientes como «una necesidad excesiva de atención, e incapacidad para aplicar las habilidades sociales apropiadas a fin de lograr esa atención de los otros» (pág. 530). De modo que aunque la aprobación de los demás es la meta primaria, estos individuos no han aprendido métodos eficaces para obtenerla. En lugar de aprender a observar y analizar las reacciones de otras personas, y de encontrar planes sistemáticos para agradarles o impresionarles, el histriónico ha sido más frecuentemente recompensado por la interpretación global de ciertos roles, de modo que sólo aprende a desarrollar de esa manera. La lucha por agradar a los demás no es necesariamente disfuncional en y por sí misma. Pero las personas histriónicas quedan tan enredadas en esta estrategia que van mucho más allá de lo realmente eficaz. Arrastradas por la teatralidad y el deseo de llamar la atención, pierden de vista la meta real y llegan a perseguir la estimulación y el dramatismo por sí mismos.

Las personas con un THP se ven a sí mismas como sociables, amistosas y agradables. De hecho, al principio se las suele percibir como encantadoras. No obstante, a medida que la relación se prolonga, el encanto va desapareciendo, y poco a poco se las ve como abiertamente exigentes y necesitadas de un apoyo constante. En sus intentos tendientes a lograr aceptación y aprobación, realizan diversas

maniobras. Ser asertivos y pedir directamente lo que se quiere supone el riesgo del rechazo, por lo cual a menudo aplican enfoques más indirectos, tales como la manipulación, pero si estos métodos más sutiles fallan recurren a la intimidación, la coerción, el estallido de mal genio y la amenaza de suicidio.

A los histriónicos les importa tanto obtener aprobación externa que aprenden a valorar los hechos externos más que su propia experiencia interna. Con una atención tan débil a la propia vida interior, pierden todo sentido claro de su identidad independiente de las otras personas y se ven a sí mismos primordialmente en relación con ellas. De hecho, es posible que sientan por completo extraña e incómoda su propia experiencia interna; a veces evitan activamente el autoconocimiento, porque no saben cómo enfrentarse a él. Tienen una sensación vaga de la naturaleza superficial de sus sentimientos, lo cual puede inducirlas a apartarse aún más de una verdadera intimidad con otro ser humano, por miedo a ser «descubiertos». Como han prestado poca atención a sus propios recursos internos, cuando una relación exige una cierta profundidad no tienen la menor idea de cómo responder. De modo que sus relaciones tienden a ser muy superficiales.

El énfasis en lo externo y lo teatral puede conducir a un estilo de pensamiento característico, que ha sido descrito por Shapiro (1965). Se considera que el pensamiento del paciente histriónico es vago, vivido e interesante, pero falto de detalles y descentrado. Esto parece ser la consecuencia no sólo de la falta de introspección del histriónico, sino también de que no presta atención a los detalles. Si algo no ha sido advertido claramente, no puede ser recordado de un modo específico; los recuerdos que el histriónico tiene de los hechos siempre son globales y difusos. De esto resulta una deficiencia real del conocimiento de los detalles y hechos específicos que, junto con la falta de experiencia en la resolución sistemática de problemas, puede provocar dificultades serias en el manejo constructivo de las situaciones problemáticas. Esta incapacidad no hace más que fortalecer la creencia del histriónico de que es inadecuado para enfrentarse solo a la vida y necesita apoyarse en la ayuda de otros.

El estilo vago de la cognición conduce a un sentido difuso de sí mismo, no basado en las características y los logros propios y específicos. Si uno no ve las propias acciones y sentimientos de una forma detallada, es difícil que tenga una impresión realista de sí mismo. Además, como según la terapia cognitiva los pensamientos ejercen una fuerte influencia sobre las emociones, se sigue que los pensamientos globales y exagerados llevan a emociones también exageradas y globales. Estas emociones globales pueden ser muy intensas y lábiles; los pacientes histriónicos se dejan arrastrar por el afecto aun cuando no se sientan totalmente conectados consigo mismos. Como no disponen de una integración cognitiva compleja, esas emociones indiferenciadas pueden ser muy difíciles de controlar, lo cual deja al sujeto a merced de estallidos y explosiones.

El estilo de pensamiento característico del paciente histriónico genera varias de

las distorsiones cognitivas definidas por Beck (1976). Como estos pacientes tienden a ser más influidos por las impresiones que por la reflexión escrupulosa, son especialmente proclives al pensamiento dicotómico. Tienen reacciones intensas y súbitas, y se precipitan a conclusiones extremas, positivas o negativas. Así, una persona es vista inmediatamente como maravillosa, mientras que a otra se la considera horrible. En razón de la intensidad de sus emociones y de la falta de atención al detalle y la lógica, los pacientes histriónicos son también proclives a la distorsión en el sentido de una generalización excesiva. Si se los rechaza una vez, infieren dramáticamente que se los ha rechazado siempre y siempre serán rechazados. Pero, a diferencia de los depresivos, pueden ser también extremistas en sus conclusiones positivas sobre las personas y las relaciones, y no es difícil que oscilen entre ambos polos. Como no son capaces de un examen crítico de sus propias respuestas, también padecen la distorsión del razonamiento emocional —es decir, toman sus emociones como prueba de la verdad—. El individuo histriónico tiende a suponer que si se siente inadecuado, lo es realmente; que si se siente estúpido, es estúpido.

Enfoques del tratamiento

Sobre el tratamiento de la histeria desde un punto de vista conductual es poco lo que se ha escrito, y esos pocos trabajos se han limitado al tratamiento de la histeria de conversión y el trastorno por somatización (resumido por Bird, 1979). Más restringida aún es la literatura sobre el tratamiento conductual específico del paciente con THP. Kass, Silvers y Abrams (1972) describen un tratamiento grupal conductual de cinco mujeres internadas con diagnóstico de personalidad histérica (según criterios de los mismos autores).

Cuatro de esas cinco mujeres ingresaron de urgencia y fueron atendidas por intentos de suicidio. Cada miembro del grupo tenía el encargo de especificar las conductas histéricas del resto (que habían sido definidas operacionalmente), con actividades diarias que con toda probabilidad suscitarían las conductas inadaptadas y con las correspondientes recompensas y castigos acordados previamente. Entre las técnicas terapéuticas específicas se contaban la retroalimentación positiva y negativa, el entrenamiento asertivo, la desensibilización y el manejo de la contingencia. Según los autores, las conductas inadaptadas de las pacientes aumentaron, llegaron a un pico durante el programa y después decreció su frecuencia. No hubo ningún grupo de

control, y aunque se dice que hubo múltiples mediciones de los progresos obtenidos, el estudio publicado no las incluye. Salvo una, todas las pacientes de este grupo se comportaban bien en el momento del alta y presentaban mejorías sintomáticas y respuestas conductuales más adaptativas al final del tratamiento y en un seguimiento a los dieciocho meses, pero tampoco se publicaron los datos pertinentes en apoyo de esta afirmación.

De modo análogo, Woolson y Swanson (1972) presentan un enfoque del tratamiento de cuatro «mujeres histéricas» (también diagnosticadas según los criterios de los autores); ese enfoque es primordialmente psicodinámico, pero también incluye algunos componentes conductuales. Se utilizaron diagramas y gráficos para enseñar conductas empáticas a las pacientes, que también aprendieron a reforzar selectivamente a sus allegados para mejorar las relaciones interpersonales. Estos autores dicen que las cuatro pacientes realizaron un progreso sustancial hacia las metas enunciadas en cuatro meses de terapia; no obstante, tampoco en este caso se publican mediciones objetivas. De modo que con estos dos estudios que utilizaron por lo menos en parte tratamientos conductuales se informa haber obtenido resultados positivos en pacientes que se reconocen como muy difíciles de tratar. Los enfoques que hemos descrito se centraron en la modificación de la conducta interpersonal del histriónico; sin embargo, el modelo cognitivo del THP que presentamos antes sugiere que también sería una meta importante ayudar al paciente a pasar de un estilo de pensamiento global e impresionista a un pensamiento más sistemático, centrado en el problema. Se ha dicho que tenemos que «enseñarle al histérico a pensar y al obsesivo a sentir» (Alien, 1077, pág. 317). Como el estilo de pensamiento característico del paciente con THP es claramente disfuncional en muchos sentidos, la terapia cognitiva podría ser un tratamiento particularmente adecuado. Sin embargo, la naturaleza misma del estilo del pensamiento disfuncional del paciente histriónico significa que llega a la sesión con un enfoque de la vida diametralmente opuesto a la naturaleza sistemática y estructurada de la terapia cognitiva.

Con estilos básicos tan diferentes, la terapia cognitiva puede resultar al principio muy difícil y frustrante, tanto para el terapeuta como para el paciente; si este conflicto de estilos puede ir resolviéndose poco a poco, los cambios cognitivos posibilitados por la terapia son muy útiles. El desafío primordial de la terapia cognitiva con el paciente histriónico consiste en sostener un esfuerzo constante y coherente, con la suficiente flexibilidad como para que el paciente acepte gradualmente un enfoque que al principio le resulta tan poco natural. La terapia cognitiva expone al paciente histriónico a un enfoque totalmente nuevo de la percepción y el procesamiento de la experiencia. Puede que las aptitudes adquiridas con el aprendizaje del proceso de la terapia cognitiva constituyan la parte más significativa del tratamiento. Desde luego, en el curso del trabajo con situaciones problemáticas específicas es útil toda la gama de técnicas cognitivo-conductuales (descritas en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Según sean las metas del paciente, es útil utilizar diversas técnicas, incluso la

puntualización y el cuestionamiento de los pensamientos automáticos, la realización de experimentos conductuales para poner a prueba esos pensamientos, la programación de la actividad y el entrenamiento en relajación, solución de problemas y asertividad. Esta conceptualización del THP sugiere que para lograr cambios que persistan mucho después de que el tratamiento haya terminado, habrá que cuestionar los supuestos subyacentes «Soy inadecuado e incapaz de manejar mi vida por mí mismo» y «Necesito ser amado (por todos y siempre)».

La relación terapeuta-paciente

Al menos al principio de la terapia, es probable que el paciente vea al terapeuta como a un salvador omnipotente que hará que todo marche mejor; cuanto más activo sea el rol que se le pide al paciente que desempeñe, menos podrá él mantener esa imagen. El empleo coherente de la cooperación y el descubrimiento guiado tiene una importancia especial, en vista de la tendencia del paciente histriónico a ser dependiente en sus relaciones. Siempre que el paciente le pide ayuda al terapeuta, éste debe tener cuidado de no dejarse seducir y no asumir el a veces tentador papel de salvador; en lugar de ello habrá de seguir interrogando, para ayudar al paciente a llegar a su propia solución de cada problema.

El terapeuta incauto puede ser fácilmente llevado a asumir el papel de «salvador», después de lo cual cargará con demasiada culpa si el paciente no trabaja por el cambio y cederá a demasiadas exigencias. Entonces es posible que se sienta manipulado, provocado y engañado. Un terapeuta con intensos deseos de ser útil a los demás puede estar reforzando inadvertidamente los sentimientos de desamparo que tiene el paciente de THP, y terminar enredado en una de las relaciones típicas del paciente. Cuando el terapeuta toma conciencia de tener fuertes reacciones emocionales frente al paciente y de que no es coherente en el refuerzo exclusivo de las respuestas asertivas y aptas, quizá sea oportuno que controle sus propias cogniciones y sentimientos. La adaptación de los procedimientos de la terapia cognitiva para uso del propio terapeuta puede ayudarle a reconocer las incoherencias de su conducta que quizás obstaculicen el proceso del tratamiento.

Por ejemplo, el terapeuta de Debbie descubrió que ésta le producía una mezcla de sentimientos. Por una parte la encontraba agradable y podía imaginar lo divertido que era tenerla como amiga. Pero, como terapeuta, Debbie le provocaba una sensación de frustración. Por ejemplo, cuando intentó sondear los pensamientos y sentimientos que

precedieron y acompañaron a una crisis de angustia reciente, lo único que pudo obtener de la joven fue la reflexión superficial de «Me voy a desmayar», reiterada una y otra vez. Se sintió entonces inútil y frustrado, con ganas de darse por vencido y renunciar. Pensó, por ejemplo: «¿Por qué preocuparme por esto? Nada va a cambiar, de todas maneras». En momentos como ése tenía necesidad de contrarrestar esos pensamientos reflexionando: «No puedo estar seguro del efecto de lo que estamos haciendo. Ella está mejorando, de modo que en realidad progresamos. Esto es un desafío. Simplemente tengo que seguir ayudándole a procesar los hechos, puesto que a ella el método le resulta muy extraño».

Como algunos individuos que tienen THP han sido previamente muy recompensados por la emocionalidad extrema y la manipulación, es importante reforzarlos por la capacidad y por la atención prestada a los detalles en las sesiones de terapia. Aprender que prestar atención a los detalles y la asertividad recompensan en las sesiones, es el primer paso. Importa mucho que el terapeuta no caiga en la pauta de muchas de las relaciones previas del paciente. Esto puede ser un desafío incluso para el terapeuta experimentado, puesto que el estilo del paciente histriónico suele ser muy atractivo, y el relato dramático de la experiencia, sumamente interesante, entretenido, absorbente. Es esencial que el terapeuta no quede demasiado implicado en el drama de la presentación del paciente, y que sea consciente de los intentos de manipulación dentro de la terapia, para que pueda establecer en ella límites claros y no recompensar esas tentativas.

Durante meses Debbie trató de acordar honorarios especiales de diverso tipo, a veces «pasando por encima del terapeuta» y tomando contacto con administradores del hospital, para hacer «tratos» sin su conocimiento. Por fortuna, él se enteró muy pronto, de modo que clara y repetidamente le estipuló a Debbie los mismos honorarios que a los otros pacientes. Cuando ella vio esas negativas a satisfacer su pedido como un rechazo, se examinaron sus sentimientos, pero sin ceder en cuanto a la fijación de honorarios más bajos. Ella puso a prueba los límites insistiendo en que entonces sólo podría tomar sesiones quincenales, y le sorprendió y encolerizó que el terapeuta estuviera de acuerdo, en lugar de hacer una excepción para que pudiera acudir una vez por semana. Después de unas cuantas sesiones quincenales y de perder las esperanzas de alguna consideración especial, Debbie volvió a la terapia semanal. Más adelante en el tratamiento, cuando sus ingresos realmente cambiaron y planteó asertivamente la cuestión con el terapeuta, esa asertividad le fue recompensada y se realizó un ajuste adecuado de los honorarios.

Técnicas cognitivas y conductuales específicas

Antes de que se pueda iniciar el trabajo real de la terapia cognitiva, el individuo con THP tiene que aprender a enfocar la atención en un problema por vez. Establecer una agenda de temas permite comenzar a enseñarle a centrar la atención en temas específicos durante la sesión de terapia. El histriónico tiende de modo natural a dedicar la mayor parte de la sesión al relato dramático de todos los hechos excitantes y traumáticos que le ocurrieron durante la semana. En lugar de luchar contra esta tendencia, conviene reservar a tal fin una parte de cada sesión. Entonces, un ítem de la agenda puede ser repasar el modo como marcharon las cosas durante la semana (con un límite de tiempo claro), de modo que el terapeuta pueda brindar el apoyo conveniente y el paciente se sienta comprendido; después se dedica el resto de la sesión a trabajar sobre las metas establecidas.

Uno de los mayores problemas en el tratamiento de los individuos con THP consiste en que suelen abandonar la terapia antes de que se produzcan cambios significativos. Lo mismo que con las otras actividades y relaciones, son proclives a perder interés y a pasar a algo que los entusiasme más. Una manera esencial de retener a los pacientes histriónicos en el tratamiento es establecer metas auténticamente significativas e importantes para ellos y que permitan obtener algunos beneficios más o menos inmediatos, además de ventajas a largo plazo. Estos pacientes tienden a establecer metas amplias y vagas que se adecúan a lo que ellos piensan que se espera de un paciente, pero que no parecen particularmente auténticas. Es esencial que las metas sean específicas y concretas.

El terapeuta puede ayudar al paciente a definir sus metas de forma operativa haciendo preguntas tales como «¿Qué le permitiría a usted afirmar que ha alcanzado su meta?», «¿Qué es exactamente lo que vería y sentiría de forma distinta, de qué modo?», «¿Por qué exactamente quiere usted lograr esto?». Quizá sea útil que el paciente fantasee en la sesión sobre cómo se sentiría si hubiera cambiado su vida, para ayudarle a empezar a ordenar sus ideas en un modelo hipotético de la persona en la que le gustaría convertirse. Una vez establecidas las metas, pueden enumerarse, como método para enseñarle al paciente a centrar su atención durante la sesión. Cuando el paciente divaga o se demora en detalles menudos sobre algún tema extraño, el terapeuta, con suavidad e insistencia, le pregunta qué relación tiene ese tema con la meta que los dos habían acordado examinar.

Al principio, Debbie llegó al tratamiento con metas muy prácticas como volver al trabajo, conducir sola su automóvil y permanecer sola en su casa. No obstante, el tratamiento empezó a interesarle mucho más cuando las metas se ampliaron para incluir la de entrar en situaciones que le aseguraban una gratificación más inmediata. El trabajo con metas tales como ir de compras («¡Especialmente a comprar zapatos!»), asistir a conciertos de rock, comer en restaurantes e ir a la iglesia (puesto que se consideraba una cristiana renacida) retenía su interés más tiempo que otras

metas más prácticas. Una de las motivaciones más poderosas de Debbie fue la oportunidad de volar hacia un exótico lugar de veraneo. Esa meta tenía tal atractivo para ella que en el breve período anterior al viaje hizo más progresos que en cualquier otro momento anterior de la terapia.

Después de las etapas iniciales del tratamiento, las intervenciones reales dependen en alguna medida del problema que presenta el paciente y de sus metas. No obstante, para realizar cambios duraderos en el síndrome general es importante abordar cada uno de los diversos elementos de la conceptualización cognitiva del THP.

Como los problemas del paciente histriónico son exacerbados por su estilo de pensamiento global y vago (que incluye la incapacidad para centrarse en detalles específicos), enseñarle a controlar y puntualizar con exactitud pensamientos específicos constituye una parte importante del tratamiento, con independencia del problema presentado. Al enseñarles a esos pacientes a observar los pensamientos por medio de un registro de pensamientos disfuncionales, es probable que se tenga que dedicar mucho tiempo a especificar los acontecimientos, los pensamientos y los sentimientos en las primeras tres columnas. Aunque muchos otros tipos de pacientes vuelven a sus casas y observan con precisión sus pensamientos después de una explicación simple y una demostración en la sesión, esperar esto de los histriónicos carece de realismo. Es mucho más probable que olviden el propósito de observar los pensamientos automáticos y en lugar de ello aparezcan con un extenso relato de todo lo que les sucedió durante la semana. El terapeuta tiene que recompensarles por todo intento de realizar las tareas encomendadas, pero es probable que deba explicar varias veces lo que es el registro de pensamientos disfuncionales, antes de que el paciente comprenda y recuerde que la meta no consiste en comunicarse con el terapeuta, sino en adquirir la capacidad de identificar y cuestionar esos pensamientos, a fin de modificar las emociones. Algunos pacientes histriónicos sienten una intensa necesidad de comunicarle todos sus pensamientos y sentimientos al terapeuta. En tal caso, se les propone que escriban un relato no estructurado, además del registro de pensamientos disfuncionales (pero no para reemplazarlo).

El proceso de identificar pensamientos y sentimientos es el primer paso hacia el logro de cambios graduales en el estilo de pensamiento problemático del histriónico, mientras cumple también la función de centrar la atención en las emociones, los deseos y las preferencias. Este registro ayuda a los pacientes a cuestionar cualquiera de los numerosos pensamientos que demuestran ser disfuncionales, así como a puntualizar y modificar las distorsiones cognitivas. Es sobre todo útil para enseñarle al cliente a no confundir la realidad con sus fantasías extremas, y a juzgar con más exactitud las atribuciones de causa y efecto.

Debbie atribuía cualquier leve cambio de su estado físico a una enfermedad terrible, y de inmediato llegaba a la conclusión de que tenía cáncer o sida, y de que iba a morir. No pensaba que sentía vértigo y le costaba respirar porque la habitación era calurosa y estaba atestada, o porque tenía una crisis de angustia. Cualquiera que

fuese la causa real del vértigo, en seguida llegaba a la conclusión de que se iba a desvanecer o a morir. Enseñarle a hacer un alto y explorar las causas alternativas posibles de sus síntomas físicos le ayudó a realizar atribuciones causales más adecuadas y a interrumpir el ciclo de la angustia.

Como es probable que la idea de escribir en su casa le resulte ni paciente histriónico aburrida y tonta, quizás haya que dedicar algún tiempo de las sesiones de terapia a convencerle de la utilidad de este planteamiento. En lugar de luchar contra el sentido del drama del histriónico, el terapeuta puede sacar partido de la vivida imaginación de estos pacientes para cuestionar los pensamientos disfuncionales. Por ejemplo, alienta al sujeto a ser dramático cuando formula sus respuestas racionales, dándoles más fuerza y poder que a los pensamientos automáticos. Como el paciente histriónico tiene una imaginación abigarrada y sus cogniciones suelen tomar la forma de imágenes más bien que de verbalizaciones, también conviene estimular la modificación vivida de las imágenes. El cuestionamiento verbal dramático de los pensamientos automáticos —por ejemplo la externalización de voces, en la que el terapeuta enuncia los pensamientos automáticos del paciente y éste da respuestas más adaptativas— resulta particularmente convincente para el paciente histriónico.

El terapeuta de Debbie encontró que prestaba más atención cuando podía utilizar sus propias palabras dramáticas al plantearle tareas. Así le hizo encargos insólitos, como «encuentro con la cucaracha», en lugar de la expresión más corriente «encuentro con mi jefe». La externalización de voces resultó para Debbie un método dramático y por lo tanto poderoso de respuesta racional a los pensamientos automáticos. Después de una exteriorización dramática de voces en la sesión, al volver a casa era más capaz de cuestionar sus pensamientos automáticos y escribirlos.

La realización de experimentos conductuales dramáticos es otro método poderoso para cuestionar los pensamientos automáticos. Por ejemplo, cada vez que Debbie sentía vahídos, tenía pensamientos del tipo «Me voy a desmayar y voy a hacer el ridículo». Para cuestionar esos pensamientos, era importante que advirtiera los indicios intraceptivos del mareo, lo cual podía lograrse de un modo dramático en la terapia grupal.

Terapeuta: Debbie, parece que el síntoma principal que la asusta es el mareo.

Debbie: Sí, lo odio. Es horrible, ¿no es cierto?

Terapeuta: Bien, sé que usted siente eso. Pero sólo puedo ayudarle preguntándole si está convencida de que es terrible, cuando quizá sea simplemente desagradable. ¿Nos puede decir qué hace que el mareo sea horrible?

Debbie: Es terrible. Me voy a morir y me voy a poner en aprietos.

Terapeuta: De modo que cree que si se marea se va a morir. Y si se muere, ¿qué es lo que le asusta?

Debbie: Me veo levantándome y volviéndome a morir una y otra vez, eternamente.

Terapeuta: ¿Ve que ocurre continuamente? ¿Durante cuánto tiempo?

Debbie: Para siempre, como si nunca fuera a terminar.

(*Debbie ríe*).

Terapeuta: Usted misma se ríe de lo que dice. ¿Duda de su predicción?

Debbie: Bien, sé que suena un poco tonto, pero es así como yo lo *siento* continuamente.

Terapeuta: De modo que usted hace una predicción basada en sus sentimientos del momento. ¿Y cuántas veces se ha sentido mareada?

Debbie: Oh, miles de veces. Usted sabe que siempre estoy hablando de eso.

Terapeuta: Entonces, ¿cuántas de las miles de veces que usted se sintió mareada y supuso que se iba a desvanecer eso sucedió realmente?

Debbie: Ninguna. Pero esto es sólo porque lucho contra el mareo, Estoy segura de que si no lo hiciera me desmayaría.

Terapeuta: Eso es exactamente lo que necesitamos poner a prueba. Tal como yo lo veo, el problema no es el mareo en sí, sino el miedo que usted ha llegado a tenerle. Cuanto más llegue a aceptar el mareo y menos lo considere una catástrofe, más se liberará de la agorafobia. De modo que lo que tenemos que hacer es trabajar para que usted se sienta más cómoda con el mareo. ¿Tiene esto sentido?

Debbie: Sí, supongo que tiene sentido. Pero no veo cómo hacerlo. Hablamos de ello, pero me parece que sigue asustándome igual.

Terapeuta: Es cierto, y eso se debe a que usted necesita pruebas reales de que no ocurrirá ninguna catástrofe si usted se marea. Las pruebas que tenemos hasta este momento son muy débiles. Tiene que exponerse intencionadamente al mareo, en lugar de permitir que le ocurra en cualquier momento. ¿Está dispuesta a intentar un experimento que le será útil?

Debbie: No, si me va a decir que haga algo ridículo.

Terapeuta: ¿Está de acuerdo con lo que he dicho hasta este momento?

Debbie: Supongo que sí.

Terapeuta: Entonces, si bien lo que le voy a pedir puede parecer un poco extraño, concuerda con lo que usted acaba de aceptar. Me gustaría que vaya al centro del grupo y gire hasta que esté muy mareada.

Debbie: No quiero hacer eso.

Terapeuta: Le voy a hacer una demostración. (*El terapeuta se pone de pie y da unas cuantas vueltas*). Así… Me he mareado en seguida. Cuando era chico lo hacía siempre. ¿Usted no?

Debbie: Sí. Pero ahora es distinto. Entonces era divertido y ahora me da miedo.

Terapeuta: Si no está dispuesta a girar hasta marearse mucho, ¿daría una cantidad limitada de vueltas?

Debbie: Unas dos vueltas. Ninguna más.

Terapeuta: Muy bien.

Débbie: (*Se levanta con reticencia y gira dos veces tanteando tímidamente*): ¡Detesto esta sensación!

Terapeuta: Más razón para hacerlo. Cuando se enfrente directamente con esa sensación en lugar de tratar de evitarla, espero que la aceptará más. ¿Qué ha descubierto?

Debbie: Que no me desmayo. Pero esto se debe probablemente a que sé que estoy en un hospital y tendría ayuda al alcance de la mano. (*Debbie ríe*):

Terapeuta: Por eso le voy a pedir que practique dar vueltas todos los días, primero en su casa, para que pueda enfrentarse al mareo en su ambiente natural. Después, en la próxima sesión de grupo, veremos si puede dar algunas vueltas más.

Debbie: ¿Quiere decir que tengo que hacer esto de nuevo?

Terapeuta: Creo que es el modo más rápido de trabajar con su problema. El hecho mismo de que vacile indica que vamos por buen camino. Pero podemos trabajar con esto al ritmo que a usted le resulte tolerable.

Debbie: Parece algo loco, pero supongo que tiene sentido.

Otra ventaja de enseñar a los pacientes histriónicos a puntualizar los pensamientos automáticos consiste en que el proceso de observación también ayuda a controlar la impulsividad. Mientras reaccionan automáticamente de un modo emocional, manipulador, destinado a llamar la atención, es muy difícil que logren algún cambio en su conducta. Si aprenden a detenerse antes de reaccionar, lo suficiente como para registrar sus pensamientos, ya han dado un paso importante hacia el autocontrol. Entonces, incluso antes de aprender a cuestionar con eficacia sus cogniciones, la simple puntualización de los pensamientos sirve para empezar a reducir la impulsividad.

Una técnica cognitiva valiosa para mejorar la capacidad de control del individuo con THP es la enumeración de ventajas y desventajas. Conviene introducir esta

técnica al principio del tratamiento, en cuanto el paciente se resista a mantener la atención sobre el tema acordado. Si el terapeuta simplemente insiste en no distraerse de las metas, quizá se produzca una lucha por el poder y el paciente decida que el terapeuta es «desconsiderado» y «no comprende». Por el contrario, si el terapeuta señala coherentemente que el paciente puede elegir cómo pasar el tiempo de la terapia, pero que la ventaja de ceñirse a la meta establecida consiste en que de tal modo es más probable alcanzarla, la decisión en sí está en manos del propio paciente. Lo que entonces se decida se sentirá como proveniendo del paciente, más que del terapeuta. Realizando elecciones conscientes dentro de la sesión de terapia mediante el examen de las ventajas y desventajas de los diversos cursos de acción, el paciente se prepara para elegir y resolver activamente los problemas también en la vida cotidiana.

Aunque Debbie había enumerado como una de sus metas primarias «poder estar sola en mi casa», nunca había cumplido con los encargos de permanecer sola períodos breves (por ejemplo cinco minutos). En lugar de exigirle una mayor cooperación, el terapeuta planteó la cuestión de si Debbie realmente quería trabajar en esa dirección. Confeccionar una lista con las ventajas y desventajas de estar en casa de la madre, en comparación con las de permanecer en su propia casa, la ayudó a decidir que realmente quería alcanzar esa meta (véase la tabla 10.2). Después de llegar a esa decisión por sí misma, empezó a trabajar con más coherencia para realizar los encargos.

TABLA 10.2 ***Análisis por Debbie de las ventajas y desventajas de quedarse sola en su departamento***

Quedarme en casa de mamá

Ventajas	Desventajas
Me evito tener que hacer muchas cosas (comida, limpieza).	A mamá le gusta el calor y a mí el fresco; me siento incómoda.
Tengo alguien que me hace compañía.	No tengo la misma independencia que en mi propia casa.
Hacemos muchas cosas juntas.	Mamá me regaña muchas veces (por ejemplo, porque como demasiado o porque fumo).
Cuando estoy allí no me asusto tanto como cuando estoy sola.	Siento como un fracaso no estar en mi propia casa.
Estar con mamá es casi siempre divertido.	No tengo equipo estereofónico.
	El vídeo de mamá no funciona para

Permanecer en mi propio departamento

Ventajas	Desventajas
Me gusta el aspecto y la atmósfera de mi casa.	Ahora no me siento cómoda en mi casa.
Espero una llamada.	El alquiler es alto, y no lo estoy usando.
Puedo poner al volumen que me plazca la televisión o el equipo estereofónico.	Pienso en cómo estaba yo antes de la agorafobia, y me siento mal por no disfrutarlo ahora de la misma manera.
Mantengo la casa fresca.	
Me siento independiente.	
Mi vídeo funciona, de modo que puedo grabar mientras estoy afuera.	

Además de con estas estrategias cognitivas, los histriónicos pueden también mejorar su capacidad para enfrentarse a las situaciones mediante el entrenamiento en habilidades específicas de resolución de problemas. Como pocas veces tienen conciencia de las consecuencias antes de actuar, les resulta útil aprender lo que se ha denominado «pensamiento de medios y fines» (Spivack y Shure, 1974). Este procedimiento para la resolución de problemas supone generar una variedad de soluciones posibles (medios) para un problema, y después evaluar con exactitud las consecuencias probables (fines) de las diversas alternativas.

Pocas veces el tratamiento de pacientes con THP es completo si no se ha prestado atención a sus relaciones interpersonales problemáticas. A estos individuos les interesa tanto conservar la atención y el afecto de los demás que manipulan sus relaciones, aunque de modos indirectos, con lo que el riesgo de rechazo parece menor. Los métodos más usados para manipular las relaciones son las crisis emocionales, provocar celos, seducir y usar su encanto, negarse a tener relaciones sexuales, sermonear, regañar y quejarse. Aunque estas conductas suelen dar un resultado lo suficientemente bueno como para que se repitan, a largo plazo tienen costes a menudo no percibidos por los pacientes, debido a que ellos se concentran en

los beneficios inmediatos.

Pero quizá no baste con cuestionar los pensamientos inmediatos, porque estos individuos suelen utilizar los estallidos emocionales con propósitos de mayor alcance. Así, si una mujer con THP pierde el control porque el esposo vuelve tarde del trabajo, sus pensamientos inmediatos son: «¿Cómo puede hacerme esto? ¡Ya no me ama! ¡Me moriré si me abandona!». No obstante, como resultado de su enojo, es posible que el esposo afirme con energía su eterno amor por ella, con lo cual la mujer satisface su deseo de apoyo. Así, además de cuestionar sus pensamientos cuando se siente emocionalmente perturbada, también es necesario que esta paciente aprenda a preguntarse qué es lo que realmente quiere y explore otras opciones para lograrlo.

En cuanto el paciente ha aprendido a suspender su reacción y a determinar lo que quiere de la situación (en los pacientes histriónicos, suele tratarse de apoyo y atención), puede aplicar su capacidad para resolver problemas a la exploración de los diversos métodos para lograr esa meta, y considerar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Entonces, en lugar de tener automáticamente un estallido, debe elegir entre ese estallido y otras alternativas. No se le pide que realice cambios permanentes en su conducta (como por ejemplo, renunciar por completo a los ataques de ira); el terapeuta sugiere la realización de experimentos conductuales breves para descubrir cuáles son los métodos más eficaces y menos costosos a largo plazo. Esto puede ser mucho menos amenazador para el paciente que la idea de realizar cambios conductuales duraderos, y quizá le ayude a ensayar algunas conductas que al principio habría rechazado.

En cuanto los pacientes esbozan diversos medios para lograr lo que quieren, el terapeuta les lleva a considerar las ventajas de un método probablemente nuevo para ellos: la asertividad. El proceso de entrenamiento en asertividad con pacientes histriónicos supone algo más que ayudarles a aprender a comunicar sus deseos con mayor claridad y eficacia. Antes de que puedan comunicar sus deseos a otros, tienen que aprender a identificarlos y a prestarles atención. Después de haber pasado tanto tiempo concentrados en cómo obtener atención y afecto, estos pacientes han perdido de vista lo que realmente quieren, y tienen muy poco sentido de su propia identidad. Por ello, el entrenamiento asertivo eficaz con los pacientes histriónicos supone el empleo de métodos cognitivos para ayudarles a prestar atención a lo que quieren y a iniciar el desarrollo de un sentido de identidad, además de los métodos conductuales para enseñarles a comunicarse de un modo más adecuado.

Por ejemplo, en una sesión de terapia grupal, el líder alentó a Debbie a aceptar un encargo difícil. Ella estuvo de acuerdo, pero faltó a una sesión, y al reaparecer en la sesión siguiente permaneció enfurruñada. Cuanto otro miembro del grupo le reprochó su conducta, se puso muy ansiosa y tuvo una crisis de angustia. Al principio no estaba en condiciones de concretar lo que había pensado y sentido, sino sólo de referirse a una sensación vaga de desagrado en cuanto a seguir perteneciendo a cualquier grupo. Finalmente pudo identificar sus pensamientos y decirle

asertivamente al líder del grupo que sentía que la estaba castigando con excesiva dureza, y que el encargo que le había asignado era demasiado difícil. Los miembros del grupo y el líder le recompensaron generosamente por su asertividad y *ella* llegó a la conclusión de que había valido la pena soportar la ansiedad.

El concepto de «identidad» o de «sentido de sí mismo» es con toda probabilidad una fuente de muchos pensamientos disfuncionales en el paciente histriónico, que tiende a ver la identidad como algo enorme y mágico que de algún modo las otras personas tienen pero que a él le falta. La idea de explorar su sentido de sí mismo le resulta totalmente abrumadora, y se inclina a ver la identidad como algo que uno ya tiene o que no tiene. En cuanto este paciente comienza a utilizar algunas de las técnicas cognitivas que hemos considerado, ya presta alguna atención a sus emociones, deseos y preferencias, pero quizá no los vea como partes importantes de su identidad. Entonces es útil describir el desarrollo del sentido de la identidad simplemente como la suma total de muchas cosas diversas que no sabe acerca de sí mismo. Terapeuta y paciente pueden enumerar algunas de ellas en la sesión, empezando por ítems frívolos y concretos, como los colores y las comidas favoritos, etcétera. La elaboración de esta lista puede ser un encargo que acompañe al resto de la terapia; cada vez que el paciente diga algo sobre sí mismo durante las sesiones (por ejemplo: «Realmente detesto que me hagan esperar»), el terapeuta puede señalárselo y hacer que lo añada a la lista.

Además de trabajar en la mejora de las relaciones interpersonales, es importante que estos pacientes finalmente cuestionen su creencia de que la pérdida de una relación sería desastrosa. Aunque sus relaciones mejoren, mientras sigan creyendo que no pueden sobrevivir si una relación termina, les resultará difícil continuar asumiendo el riesgo de ser asertivos. El fantaseo sobre lo que sucedería en realidad si una relación se cortara, y el recuerdo del modo como se sobrevivía antes del comienzo de esa relación son dos métodos para ayudar al paciente a «descatastrofizar» la idea del rechazo. Otro método útil consiste en idear experimentos conductuales que deliberadamente susciten pequeños «rechazos» (por ejemplo, con extraños), de modo que el paciente pueda realmente practicar sentirse rechazado sin quedar destrozado.

Por último, el paciente tiene que aprender a cuestionar su supuesto fundamental: la creencia «Soy inadecuado y para sobrevivir tengo que apoyarme en otros».

Muchos de los procedimientos que hemos examinado (incluso la asertividad, la resolución de problemas y los experimentos conductuales) tienen la finalidad de acrecentar la capacidad del paciente para el manejo exitoso, y de tal modo ayudarlo a experimentar una sensación de aptitud. No obstante, en vista de la dificultad que tienen estos pacientes para extraer conclusiones lógicas, es importante señalarles sistemáticamente de qué modo cada tarea que realizan refuta la idea de que no pueden ser competentes. También suele resultar útil emprender experimentos conductuales pequeños y concretos cuya meta explícita es poner a prueba la idea de

que no pueden hacer las cosas por sí mismos.

Incluso algunos pacientes que advierten las ventajas de pensar con más claridad y ser asertivos se aterrorizan ante la idea de que, si aprenden a ser más «razonables», perderán lo que resulta más excitante en su vida y se convertirán en personas grises e insípidas. La compañía de los histriónicos suele ser animada, estimulante y divertida, y ellos perderían mucho si renunciaran por completo a su emotividad. Por lo tanto, es importante aclarar a lo largo de todo el tratamiento que la meta no consiste en eliminar las emociones, sino en utilizarlas de modo más constructivo. De hecho, el terapeuta alienta el empleo adaptativo de la imaginación vivida y el sentido teatral del paciente durante todo el tratamiento, ayudándole a emplear medios dramáticos y convincentes para cuestionar sus pensamientos automáticos. También es posible estimular otras vías constructivas para la búsqueda de sensaciones, como por ejemplo la participación en actividades teatrales, en empresas interesantes y deportes competitivos, en la evasión ocasional mediante la literatura dramática, el cine y la televisión. A Debbie, su cristianismo recién descubierto le proporcionó una vía más constructiva para una parte de su búsqueda de sensaciones; llegó a quedar muy absorbida por la espectacularidad de su bautismo y la imposición de manos que practicaba su iglesia.

Con los pacientes reacios a renunciar al trauma emocional de sus vidas que insisten en no tener más opción que estar terriblemente deprimidos y perturbados, un recurso posible es ayudarles a obtener por lo menos algún control enseñándoles a «programar un trauma». El paciente escoge un momento específico del día o la semana durante el cual se entregará a sus sentimientos más fuertes de depresión, ira, estallidos de rabia, etcétera. En lugar de quedar abrumado cada vez que esos sentimientos aparecen, aprende a posponerlos hasta el momento conveniente, y a mantenerlos dentro de un marco temporal establecido. Esto suele tener un efecto paradójico. Cuando el paciente experimenta que realmente le es posible «programar la depresión» y atenerse a los límites temporales, sin permitir que ese estado de ánimo interfiera en su vida, pocas veces siente la necesidad de programarla regularmente. No obstante, ésa sigue siendo una opción, de modo que, mucho después de que la terapia haya concluido, subsiste la convicción de que «basta con romper el círculo vicioso», y el paciente ha aprendido un modo menos destructivo de lograrlo.

Como al paciente histriónico le importa tanto recibir aprobación y atención, el grupo estructurado de terapia cognitiva representa un modo de tratamiento particularmente eficaz. Kass y otros (1972) han demostrado que se puede comprometer a los miembros del grupo para que ayuden a reforzar la asertividad y contribuyan a la extinción de las respuestas disfuncionales, abiertamente emocionales.

Por ejemplo, la mayor parte del tratamiento de Debbie se realizó en un grupo de agorafóbicos. Como ella era la más histriónica, pronto asumió un papel de dirección,

dando el tono para el refuerzo dramático del progreso a lo largo de la jerarquía de exposiciones. Alentados por Debbie, los miembros del grupo aplaudían y a veces ovacionaban a algunos compañeros por el logro de ciertas metas particularmente difíciles. El grupo le proporcionó una palestra ideal para que ella desarrollara su asertividad y para su necesidad de entretener y agradar. Por ejemplo, en una sesión Debbie hizo una broma que no encontró la respuesta que había esperado. En la sesión siguiente, el grupo decidió dedicar algún tiempo al examen de la asertividad. Debbie dijo: «Bien, ya que hablamos sobre la asertividad, quiero decirles cómo me sentí la sesión pasada». Entonces pudo describir pensamientos como «Me puse a hacer chistes, así que ahora me echarán a patadas», «Hice algo erróneo» y «La gente quiere que ten diferente de lo que soy». Al examinar este tema, se dijo que estaba sobre todo preocupada por la posible reacción del líder masculino del grupo. Esta discusión y el cuestionamiento de esos pensamientos la llevaron a trabajar durante varias sesiones con el objetivo de decidir qué era lo que quería y qué era lo mejor para ella, con independencia de las otras personas, incluso de los hombres con autoridad.

La terapia de pareja puede ser especialmente útil con pacientes que tienen relaciones significativas. En el tratamiento de pareja, se puede ayudar a ambos cónyuges a reconocer las pautas de la relación y los modos como uno y otro las sostienen.

Conclusiones

La eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del THP aún no ha sido puesta a prueba empíricamente. A falta de datos controlados y empíricos, sólo se cuenta con informes clínicos. El estudio de Kass y otros (1972) al que nos hemos referido es hasta cierto punto prometedor, pero se trata de un infórmelo controlado, que emplea criterios diagnósticos peculiares que no se corresponden con los del DSM. III-R. Más recientemente, varios colegas han utilizado la terapia cognitiva con diversos pacientes histriónicos; su informe muestra que se trata de un tratamiento eficaz, del que resulta menos frustración para el terapeuta y el paciente que con los enfoques más tradicionales. Lo mismo que en la terapia cognitiva de la mayoría de los trastornos de la personalidad, este tratamiento tiende a ser más prolongado que los que se aplican a diagnósticos del Eje I.

Por ejemplo, Debbie tuvo un total de ciento una sesiones en el curso de tres años. Al empezar la terapia era incapaz de trabajar debido a su agorafobia, y en el

Inventario de la Depresión de Beck tenía una puntuación de 24. Después de seis sesiones había vuelto al trabajo y su puntuación con el mismo inventario había descendido a 11 (lo que está dentro de la gama normal). Aunque demostró una rápida mejoría sintomática en las primeras etapas de la terapia, le llevó mucho más tiempo lograr cambios duraderos no sólo en su agorafobia y depresión, si no también en su THP. Dos años después de haber terminado la terapia, Debbie informó que no había padecido ninguna recurrencia de la agorafobia ni ninguna depresión seria, a pesar de haber atravesado varias crisis importantes: la ruptura de una relación, la muerte de su perro (un querido compañero) y una enfermedad grave de su abuela. Al enfrentarse a esas importantes tensiones se decía a sí misma: «Si he podido vencer la fobia, puedo enfrentarme a cualquier cosa». Había puesto fin a una relación problemática y se comprometió con un hombre que, según dijo, era estable, maduro y la trataba bien. Añadió que, por primera vez en su vida, tenía una relación buena, sólida y con mucho sexo.

No puede decirse que ciento una sesiones en un período de tres años constituyan una terapia breve, pero debe observarse que Debbie fue tratada por la agorafobia y la depresión recurrente, además del THP. Aunque la modificación de los síntomas del Eje I puede lograrse en períodos de tiempo mucho menores, nuestra experiencia ha sido que cambiar las características del THP en sí suele requerir de uno a tres años. Es evidente que los informes no sometidos a control tienen una utilidad limitada. Es preciso realizar con urgencia investigaciones empíricas para verificar U eficacia del tratamiento con esta población, clarificar los componentes indispensables de la terapia y, finalmente, determinar qué tipo de pacientes son los más adecuados para qué variantes del enfoque terapéutico.

CAPÍTULO 11

EL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Un nuevo paciente, David, recurrió a la terapia por lo que al principio pareció un trastorno adaptativo o un episodio depresivo leve. Durante las entrevistas iniciales, David puso de manifiesto un grado considerable de crítica y hostilidad a su esposa, así como fuertes deseos de vengarse de ella y ponerla en su lugar. Se quejó de no tener la calidad de vida que merecía y habló del resto del mundo en términos negativos, despectivos. Parecían ocupar su mente fantasías de logro y reconocimiento excepcionales, pero era muy poco lo que había emprendido para hacerlas realidad. Aunque le aseguró al terapeuta que no quería matarse, elaboró un plan extremadamente gráfico y detallado para pegarse un tiro de un modo de lo más limpio. El terapeuta se alarmó por la vividez con la que David describió este plan, pero también se preguntó a qué se debía que el argumento fuese tan cruzado de detalles, tan dramático e impactante. El tipo de problema que David presentaba en ese momento, tanto como su historia premórbida, sugería la posibilidad de un trastorno del Eje II anterior a su depresión presente. Cuando el terapeuta se planteó la hipótesis de que David podría tener un trastorno de la personalidad, estas y otras piezas de la información clínica empezaron a coincidir, apuntando a una pauta narcisista de grandiosidad, hipersensibilidad a la evaluación y falta de empatía con los demás.

El concepto de trastorno narcisista de la personalidad (TNP), tal como lo definen el DSM-III y DSM-III-R (véase la tabla 11.1), se basa sobre todo en la literatura psicoanalítica (Akhtar y Thomson, 1982; Francés, 1985). Lo mismo que con los otros trastornos de la personalidad, cuando se juzga la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos para el narcisismo clínico, hay involucrado un grado considerable de subjetividad y deducción (Stangl, Pfohl, Zimmerman, Bowers y Corenthal, 1985; Widiger y Francés, 1985; APA, 1980, pág. 7). La fiabilidad **del** diagnóstico de este trastorno de la personalidad es baja (Spitzer, Forman y Nee, 1979). Para aumentarla y demostrar la validez conceptual se necesita una definición más específica de una muestra representativa de conductas independientes y observables, junto con criterios específicos de cronicidad y consistencia en distintas situaciones, más posiblemente una medición de la representatividad del caso (Widiger y Francés, 1985). En este esfuerzo parece prometedora la investigación que especifica actos conductuales múltiples vinculados a rasgos específicos (por ejemplo Buss y Craik, 1983; Livesley, 1986). Un enfoque cognitivo puede también realzar la especificación de las indicaciones observables del narcisismo.

TABLA 11.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno narcisista de la personalidad***

Una pauta generalizada de grandiosidad (en la fantasía o la conducta), falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación de los otros, iniciada al principio de la adultez y presente en diversos contextos, según lo indican al menos cinco de los rasgos siguientes:

1. El sujeto reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (aunque no los exprese).
2. Es explotador en las relaciones interpersonales: se aprovecha de los otros para lograr sus propios fines.
3. Tiene un sentido grandioso de su propia importancia; por ejemplo, exagera sus logros y talentos, espera ser advertido como «especial» sin realizaciones apropiadas.
4. Cree que sus problemas son únicos y que sólo pueden comprenderlos otras personas especiales.
5. Ocupan su mente fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados.
6. Cree tener derechos: espera, sin ninguna razón, un tratamiento especialmente favorable; por ejemplo, supone que no debe esperar en una cola mientras las otras personas tienen que hacerlo.
7. Reclama constante atención y admiración; por ejemplo, está a la pesca de cumplidos.
8. Falta de empatía: incapacidad para reconocer y experimentar los sentimientos de los demás; por ejemplo, fastidio y sorpresa cuando un amigo seriamente enfermo cancela una cita.
9. Ocupan su mente sentimientos de envidia.

Reseña histórica

Evolución de la concepción psicoanalítica

El término «narcisismo» proviene del mito griego de Narciso, que se enamoró de su propia imagen reflejada en las aguas de una fuente. Su destino fue consumirse en un deseo insatisfecho y transformarse en la flor que lleva su nombre. La primera referencia a este mito en la literatura psicológica apareció en una historia clínica publicada por Havelock Ellis (1898), que describía las prácticas masturbatorias o «autoeróticas» de un joven.

Más tarde, Freud incorporó el término «narcisista» en sus primeros ensayos teóricos sobre el desarrollo psicosexual (1905), y después desarrolló una concepción del narcisismo como un proceso psicológico preciso (1914). Para él, el narcisismo era una fase del desarrollo normal que seguía a una etapa autoerótica y con la maduración desembocaba en el amor objetal. Consideraba que los cuidadores irregulares, poco fiables en la vida temprana, o los padres que valoraban excesivamente al niño eran los principales obstáculos para el desarrollo del amor objetal, de modo que provocaban una fijación en la fase narcisista. En consecuencia, los narcisistas serían incapaces de constituir vínculos verdaderos a causa de una fijación en esta etapa de interés en sí mismo.

Los ulteriores teóricos psicoanalíticos se centraron en los aspectos interpersonales del narcisismo, y comenzó a surgir el concepto de «personalidad narcisista» (por ejemplo Waelder, 1925). No obstante, como lo señalan Akhtar y Thomson (1982), no hubo acuerdo sobre si el narcisismo era un componente de la neurosis, la psicosis o los trastornos del carácter. La obra de la generación actual de teóricos de las relaciones objétales presenta al narcisismo como un trastorno del carácter o la personalidad. En esta literatura se destacan los escritos de Kernberg (1967, 1970) y Kohut (1966, 1971).

Para Kernberg, la grandiosidad y el abuso de las demás características del narcisista constituyen pruebas de la «rabia oral», que es un proceso patológico en el desarrollo libidinal (psicosexual). Ese proceso se origina presumiblemente en la carencia emocional provocada por una madre crónicamente indiferente o con una malevolencia encubierta. Al mismo tiempo, algún talento o rol singulares le procuran al niño la sensación de ser especial, como válvula de escape emocional en un mundo de indiferencia o amenazas percibidas. El sentimiento de grandeza O de tener derecho a privilegios sirve para amparar a un «sí-mismo real» que está «escondido» o es inaccesible a la conciencia. Kernberg cree que el sí-mismo real contiene sentimientos fuertes pero en gran medida inconscientes de envidia, miedo, privación y rabia. Como la teoría de Kernberg sostiene que esta megalomanía es un proceso patológico, su enfoque del tratamiento requiere la confrontación e interpretación de los conflictos inconscientes, para reparar el daño sufrido por la estructura intrapsíquica a causa de

la detención en el desarrollo.

En contraste, Kohut ha conceptualizado al narcisismo como una forma de la libido, con un curso normal propio del desarrollo, y no ya como una desviación patológica de ese proceso. Según la teoría de Kohut, el narcisismo patológico resulta de una detención evolutiva que se produce cuando no están adecuadamente integradas esas importantes estructuras de la personalidad que son el «sí mismo grandioso» y la «imago parental idealizada». Tal detención sería consecuencia de una decepción traumática provocada por una madre no suficientemente confirmatoria en sus respuestas emocionales al niño, o que, a la inversa, no ha permitido que el hijo aprecie sus límites reales.

Entonces, el sentimiento de grandeza arcaico y la imago parental idealizada se «disocian» y convierten en una búsqueda de satisfacción repetitiva, inconsciente. Según el enfoque de Kohut, el tratamiento requiere un terapeuta empático que complete las tareas evolutivas de atemperar el sentimiento de grandeza y aceptar la decepción que acompaña al hecho de comprender que las personas idealizadas tienen límites.

Otros textos analíticos han detallado diversas manifestaciones emocionales y conductuales del narcisismo clínico (por ejemplo, Bursten, 1973; Modell, 1976; Svrakic, 1985). En algunos de ellos encontramos observaciones útiles para un tratamiento de orientación cognitiva. Por ejemplo, Bach (1977) ha examinado un «estado narcisista de conciencia», que se refiere a diversas distorsiones cognitivas, como el predominio de una percepción de la realidad orientada hacia sí mismo y la tendencia a una autoestimulación excesiva. El lenguaje y el pensamiento narcisistas fluctúan entre la concreción y la abstracción extremas. Al narcisista le resulta difícil entrar en un proceso de aprendizaje, en virtud de sus reacciones emocionales al hecho de encontrarse en estado de ignorancia.

Los narcisistas tienden a confiar en ciertas circunstancias externas, como el elogio repetido o la atención de los demás, para regular sus estados de ánimo. También interpretan el tiempo, el espacio y la causalidad de un modo personal, no interpersonal. Horowitz (1975) se ha referido a un estilo defectuoso del procesamiento de la información, que presta mucha atención a las fuentes de elogio y crítica, de lo cual resultan actitudes psicológicas incompatibles. Aparentemente esas actitudes convergen en una sensación subjetiva de incertidumbre y necesidad de confirmación.

De modo que el tema del amor a sí mismo y del interés en sí mismo ha evolucionado desde ser una explicación de la masturbación hasta caracterizar un trastorno caracterial de amplio espectro, denominado «narcisismo». La literatura psicoanalítica sobre el narcisismo proporciona amplios detalles acerca de la fenomenología de este trastorno. Pero se diría que la teoría psicoanalítica de la etiología del narcisismo está limitada por su excesivo énfasis en las presuntas inadecuaciones de los aspectos emocionales de la crianza por parte de la madre.

Es importante observar que ninguna prueba empírica vincula claramente la privación en la crianza con las características del narcisismo adulto. Los estudios que evalúan la privación en la crianza durante las primeras etapas del desarrollo en animales y seres humanos indican efectos de apatía emocional, retracción, conducta social inadecuada (Harlow, 1959; Provence y Lipton, 1962; Yarrow, 1961), y un síndrome de crecimiento retardado que se ha llamado «imposibilidad de progresar» (Cupoldi, Hallock y Barnes, 1980; Gagan, Cupoldi y Watkins, 1984; Oates, Peacock y Forest, 1985). Estos efectos no son compatibles con los rasgos narcisistas de la explotación de los demás, el sentimiento de grandeza y la lucha constante por la admiración.

En general, no se cuenta con estudios de pronóstico sobre U adaptación de la personalidad adulta, realizados con niños carentes de cuidados. Un estudio longitudinal de pronóstico de 456 varones con riesgo de delincuencia juvenil (Vaillant y Drake, 1985) informó recientemente que las «defensas inmaduras» asociadas con los trastornos de la personalidad en la edad adulta eran independientes de la calidad de la infancia del sujeto, en términos de la evaluación clínica de la atmósfera hogareña y de la clasificación de «proveniente de una familia problemática».

De modo que los supuestos psicoanalíticos sobre la etiología del narcisismo no tienen más respaldo empírico que las historias clínicas de algunos casos. Por cierto, las otras investigaciones relacionadas con el tema parecen contradecir los supuestos sobre el rol causal de la inadecuación materna.

La posibilidad de que exista una predisposición determinada por el sexo también debe destacarse como un factor de la teoría psicoanalítica de la etiología del narcisismo. Las observaciones existentes se basaron en pacientes varones (Akhtar y Thomson, 1982) y han sido comunicadas sobre todo por autores varones. Quizá los hombres sean de algún modo particularmente vulnerables al narcisismo, como lo sugieren Akhtar y Thomson. Tal vez la investigación completa de estas y otras posibilidades relacionadas con el narcisismo se vea obstaculizada por una falta de conciencia y por la aceptación acrítica de los supuestos teóricos tradicionales. Por ejemplo, se sigue singularizando a las madres como figuras responsables. Obras analíticas recientes proponen la idea de que el futuro narcisista nace como sustituto en la vida de la madre de algún otro significativo que acaba de morir; la madre considera entonces que el niño es «especial», pero su duelo no resuelto hace que la madre no desempeñe su función de forma adecuada (Volkan, 1981).

La inculpación de la madre es un problema grave y profundo, que sin duda le da un sesgo tendencioso a la literatura clínica profesional (Caplan y Hall-McCorquodale, 1985). En el ámbito de la privación, se ha puesto de manifiesto que corresponde más estudiar la privación paterna que la privación materna, y que un aspecto crítico del problema es la falta de apoyo y cuidado *para* la madre (Gagan y otros, 1984). Es decir que la teoría psicoanalítica sobre el trastorno narcisista de la personalidad podría presentar la limitación de una tendenciosidad sexual de la población de

teóricos, en los sujetos del estudio clínico y en los supuestos básicos concernientes a la etiología. Es necesario desarrollar alternativas que corrijan este claro carácter tendencioso de tales teorías.

La aplicación de la teoría del aprendizaje social

Una teoría del aprendizaje social propuesta por Millón (1969) descarta la hipótesis de la privación materna y se centra primordialmente en la valoración parental excesiva como causa del narcisismo. Según Millón, cuando los progenitores responden al niño de un modo tal que amplifican la sensación que éste tiene de su propio valor, la autoimagen internalizada se ve realzada más de lo que la realidad externa puede validar. Esta autoimagen internalizada es la fuente del estilo de la personalidad narcisista. Ambos padres (y no sólo la madre) siguen desempeñando el rol primario, pero la causa está sobre todo en la información que le proporcionan directamente al niño, por medio de la retroalimentación, o indirectamente, a través del modelado. La única estructura intrapsíquica inferida es la autoimagen del niño.

Conceptualizacion cognitiva

La teoría cognitiva puede extender al narcisismo el enfoque del aprendizaje social. Utilizando el concepto de tríada cognitiva formulado por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), proponemos que el TNP puede conceptualizarse como derivado de una combinación de esquemas disfuncionales sobre sí mismo, el mundo y el futuro. La base inicial de estos esquemas se desarrolla en virtud de los mensajes directos e indirectos recibidos de padres, hermanos y otros significativos, y gracias a las experiencias que dan forma a las creencias sobre la singularidad e importancia personales. Esta constelación genera algunas creencias distorsionadas de gran peso y actividad. Los narcisistas se consideran especiales, excepcionales y con derecho a centrarse exclusivamente en la gratificación personal; esperan la admiración, la deferencia y la sumisión de los demás; en cuanto al futuro, su objetivo es la realización de fantasías grandiosas. Al mismo tiempo, es notoria la falta de creencias acerca de la importancia de los sentimientos de las otras personas. La conducta se ve afectada por el déficit de cooperación e interacción social recíproca, lo mismo que por los excesos de conductas exigentes, autocomplacientes y a veces agresivas.

La sensación de ser único, importante y diferente de los de mal por alguna razón especial se desarrolla a partir de diversas experiencias. Es obvio que el desarrollo del narcisismo puede haber sido promovido por la adulación, la indulgencia y el favoritismo reiterados. La creencia de que uno es un ser único o excepcional se desarrolla también a partir de la experiencia de los déficit, las limitaciones, la exclusión o el rechazo. Entre ese tipo de experiencias se cuentan la de haber sido singularizado como blanco del abuso de un progenitor, la de haber sido tildado como débil o enfermizo por los padres o la de pertenecer a una familia considerada «diferente» por la mayor parte de la comunidad en razón de su *status* étnico, geográfico, racial o económico. Esta autoimagen basada en el déficit o rechazo se asemeja a la pauta del narcisismo que Francés (1985) señala como una forma más sutil, caracterizada por sentimientos de inferioridad, envidia, carácter fantasioso y apego a otros omnipotentes. El común denominador de las creencias en la propia inferioridad o superioridad consistiría simplemente en que el sujeto se percibe como diferente del resto en algún sentido importante. Después esa diferencia se asociaría con reacciones emocionales exageradas, pues se considera maravillosa o terrible.

La presencia real de algún talento o atributo físico cultural-mente valorado (o desvalorizado) tenderá a suscitar respuestas sociales que refuerzan el esquema «superior/especial». La retroalimentación capaz de modificar el esquema de ser «especial» puede faltar por completo o haber sido distorsionada. Por ejemplo, el narcisista suele recoger muy poco de la experiencia de sus semejanzas con los otros. Los padres suelen negar o distorsionar sistemáticamente la retroalimentación externa negativa que le llega al niño. Este aislamiento contribuye a generar la hipersensibilidad frente a la evaluación, tan común entre los narcisistas. A la inversa, en casos más sutiles, la retroalimentación negativa continua se convierte en una experiencia que alimenta las reacciones extremas, catastróficas, ante las críticas percibidas, y hace que el individuo esté siempre en guardia en cuanto a la atención que se le dedica. Los problemas surgen principalmente cuando estos esquemas sobre sí mismo se vuelven hiperactivos y no son equilibrados por juicios más integradores.

Evaluación cognitiva

Contexto clínico general

Lo típico es que las personas narcisistas recurran al tratamiento cuando desarrollan algún incómodo trastorno del Eje I, o cuando se enfrentan con algún problema grave en una relación. Quizá los trastornos depresivos sean la perturbación sintomática más común que lleva al narcisista a iniciar un tratamiento. Entre estos trastornos depresivos se cuentan el trastorno de la adaptación con estado de ánimo deprimido, el trastorno distímico y a veces la depresión mayor. Los narcisistas no toleran bien el malestar, de modo que suelen buscar tratamiento para la depresión. No obstante, cuanto más grave sea la depresión presentada, más difícil resultará evaluar con exactitud la presencia de un trastorno de la personalidad.

Algunos factores que precipitan la depresión suelen ser el trastorno o la ruptura de alguna relación, los problemas en el trabajo o alguna crisis que «deshincha» el sentimiento de grandeza y produce desaliento o humillación. A veces las expectativas grandiosas no satisfechas se van acumulando a lo largo del tiempo, y finalmente imponen la conclusión disfórica de que los grandes sueños nunca se harán realidad. Cabe esperar que el sentido de la propia grandeza y singularidad continúe expresándose en el propio énfasis que se hace en la calidad excepcional de la desesperación.

Es típico que la depresión narcisista suponga una discrepancia entre las expectativas/fantasías y la realidad. Los pensamientos automáticos se centran respectivamente en expectativas no satisfechas, en las carencias e inferioridades de los demás y en la singularidad de los problemas del paciente. Quizás haya una sensación concomitante de desesperanza respecto de que las cosas lleguen alguna vez a ser «realmente buenas», junto con una retracción en las actividades y los contactos agradables. El paciente narcisista puede también padecer una sensación de humillación por el hecho de estar deprimido.

También otros trastornos sintomáticos o problemas de conducta llevan al narcisista a iniciar un tratamiento. A veces sus allegados se cansan de él y le lanzan un ultimátum que le obliga a iniciar una psicoterapia, o bien el narcisista busca tratamiento para poner fin al malestar de un trastorno sintomático distinto de la depresión. Puede tratarse de una fobia social, de una hipocondría o del abuso de sustancias tóxicas. La hipersensibilidad a la evaluación por parte de otros se puede poner de manifiesto en forma de fobia social. La preocupación excesiva por presuntos defectos en el aspecto personal precipita conductas fóbicas, pues el individuo busca llamar la atención pero simultáneamente teme la evaluación.

En la hipocondría, el excesivo interés en sí mismo se concentra en la protección y el cuidado del físico. Este es un modo social-mente aceptable de dedicarse tiempo y energía, con los clásicos beneficios secundarios de la atención y la simpatía de los demás. La vulnerabilidad física justifica que se necesite una consideración especial, como el hecho de que la realidad no esté a la altura de las capacidades fantaseadas. La enfermedad, real o potencial, proporciona una explicación tolerable de que no se

haya llegado a ser lo que «se podría haber sido».

El patrón narcisista general de interés y complacencia consigo mismo puede conducir al abuso de sustancias psicoactivas. El narcisista se siente particularmente atraído por drogas de «alto *status*», como la cocaína. A veces el empleo de sustancias químicas permite el alivio inmediato del malestar personal y produce una sensación de ser importante y poderoso. Las tensiones no reconocidas, creadas por la sensibilidad a la evaluación, se atemperan con unos pocos tragos o píldoras. La idea de que se es único y especial le sirve al sujeto para evitar el reconocimiento de su dependencia del alcohol o las drogas. También le permite seguir creyendo que eludirá los efectos negativos de la adicción y que podría abandonarla fácilmente.

En algunos casos, el paciente narcisista desarrolla un pensamiento con tendencias paranoides. Predomina una actitud de «yo contra el mundo», pues el narcisista percibe que los otros tienen celos de sus talentos especiales, que quieren «quitárselos» o reducirlos de algún modo. La información discrepante de las fantasías grandiosas puede provocar una cólera intensa, maltratos verbales o físicos a otras personas e importantes maniobras de autoprotección. En los casos extremos en que la prueba de realidad está seriamente restringida, los narcisistas paranoides son capaces de atacar con violencia a personas que perciben como amenazadoras para su superioridad.

El siguiente es un ejemplo trágico de tal actitud. Un hombre más tarde caracterizado como afectado por un TNP sufrió una serie de tensiones que le provocaron intenso sufrimiento y le llevaron a aislarse. Estaba separado de su mujer, pero tenía la custodia de los cuatro hijos pequeños del matrimonio, dos de los cuales llevaban su mismo nombre. En su empleo había sido licenciado temporariamente; ese trabajo también le había provocado estrés físico. Como resultado de las dificultades económicas había tenido que desprenderse de los muebles, de modo que en su casa no había ni camas ni sillas. Trabajaba esporádicamente por la noche y cuidaba de los niños durante el día.

La exesposa de este hombre se había comunicado telefónicamente con él en varias oportunidades, agrediéndole con relatos sobre las proezas sexuales de su nuevo amigo, que además tenía posesiones materiales tales como una pistola nueva. Al hombre comenzó a irritarle y a preocuparle cada vez más la idea de que el compañero de su mujer tuviera «una pistola más grande que la mía» y de que la mujer y el novio pudieran tramar algo para quitarle a sus hijos durante un fin de semana.

A fin de impedirlo, compró un rifle e ideó planes para matar a la pareja. El día fijado para hacerlo también «se ocupó» de los cuatro hijos: los eliminó a todos para no dejarlos solos. Procedió a asesinar a la mujer, y en su frenesí mató asimismo a la suegra. Después esperó durante seis horas a que el novio saliera de su trabajo, y en cuanto apareció le disparó y le hirió.

Al cabo de una detenida evaluación del caso, se llegó a la conclusión de que este acto extremo de violencia fue en lo sustancial un esfuerzo destinado a impedir nuevas

lesiones a su autoestima, a vengarse de quienes amenazaban con humillarle y a restablecer su sensación de superioridad y dominio. A fines legales fue considerado responsable por el asesinato de su esposa y su suegra y del ataque al compañero de la mujer, pero enajenado temporalmente en cuanto al asesinato de los niños. Este caso destaca la necesidad de estar alerta a la posible aparición de una conducta violenta, en particular cuando el narcisista suspicaz y colérico urde una venganza.

La presencia de un TNP subyacente por lo general complica el tratamiento estándar de los trastornos asociados del Eje I. Suele ocurrir que el diagnóstico adicional del trastorno de la personalidad se realice cuando el tratamiento del trastorno sintomático se atasca o no produce la mejoría esperada. Nosotros recomendamos que cuando hay trastornos del Eje I y del Eje II, unos y otros se tengan en cuenta simultáneamente. En la práctica, quizás haya que dedicar algún tiempo de cada sesión a un trastorno, y algún tiempo al otro. El trastorno del Eje I requiere un abordaje estándar, y que se le dediquen cantidades crecientes de tiempo, proporcionales a la severidad de los síntomas. Pero si simultáneamente no se aborda el narcisismo de modo directo y sistemático, puede ocurrir que la mejoría del paciente siga siendo marginal.

Procedimientos específicos de evaluación

La evaluación precisa del TNP es difícil, sobre todo cuando hay también presente un trastorno del Eje I, o rasgos característicos de otros trastornos de la personalidad.

Los trastornos histriónico, antisocial y límite son los que con mayor probabilidad se superponen con el narcisismo (Stangl y otros, 1985). La herramienta más importante para diferenciarlo suele ser una entrevista clínica cuidadosa. También resulta muy útil incluir en esa entrevista a otra persona que pueda aportar información.

Las mediciones estándar de síntomas (por ejemplo el Inventario de la Depresión de Beck) permiten evaluar el nivel presente de malestar.

También otros instrumentos psicométricos estándar ayudan a precisar el nivel de malestar y la presencia de ciertas características de la personalidad. Es probable que el perfil con el MMPI presente elevaciones clínicas congruentes con el malestar presentado, y que en la escala 4 (Desviación Psicopática) aparezca una elevación significativa, debido a que los narcisistas se ven a sí mismos como diferentes y excepcionales, y pretenden ser únicos y abrir camino. Las escalas 6 (Paranoia) y 9 (Manía) también presentan a veces elevaciones moderadas, por la hipersensibilidad y el sentimiento de grandeza característicos. Los datos obtenidos con muestras no clínicas de estudiantes sugieren que las escalas 8 (Esquizofrenia), 9 (Manía) y las de validez acusan en el perfil las elevaciones más representativas del estilo narcisista de la personalidad (Raskin y Novacek, 1989). En el Estudio de las Actitudes

Disfuncionales es probable que el sujeto suscriba en grado extremo las creencias sobre el logro, el perfeccionismo y la aprobación.

La investigación directa de los rasgos narcisistas se ve limitada por la incapacidad del paciente para evaluar objetivamente esas características (por ejemplo, cuando responde a «¿Exagera usted sus logros?»), o su falta de disposición a reconocer ciertas conductas suyas (por ejemplo, la de explotar a los demás). Como alternativa, el terapeuta puede evaluar sistemáticamente los rasgos narcisistas revelados por la presentación del paciente en las sesiones, por lo que éste dice sobre sus relaciones sociales y sobre su funcionamiento en el ámbito del trabajo o su rendimiento profesional. Las descripciones siguientes presentan algunas indicaciones generales sobre lo que hay que buscar en cada uno de tales ámbitos.

Presentación conductual

El terapeuta atento sabe recoger signos potenciales de narcisismo en las primeras impresiones que tiene del paciente. Es frecuente que el narcisista ponga de manifiesto su sensación de «tener derecho» por el modo exigente como concierta la primera entrevista. En su presentación, lo primero que advierte el terapeuta es un aspecto muy atractivo o cuidado, que resulta de una constante atención al peinado, la ropa y el estado físico. No obstante, la preocupación excesiva por el aspecto y el bienestar personales tiene más valor diagnóstico que la pulcritud en sí misma. El paciente revela esa preocupación excesiva en numerosas pequeñas conductas verbales y no verbales, como por ejemplo alisarse con frecuencia la ropa, quitarle pelusas, ajustar y controlar detalles de su aspecto. Estos pacientes adoptan posturas muy relajadas o muy rígidas y conservan una expresión facial altanera. Defectos físicos ínfimos, como una uña rota, o pequeños malestares físicos, por ejemplo tener hambre, producen una reacción excesiva característica. Una breve indagación de los pensamientos y sentimientos del paciente cuando se detecta alguno de estos signos ayuda a establecer si es un índice de narcisismo o sólo un rasgo concurrente de alguna otra circunstancia (por ejemplo, tener hambre puede ser un problema urgente si uno es diabético).

El narcisista a veces se queja o se resiste a que se le efectúe un test de diagnóstico, porque éste le exige un esfuerzo y clasifica u problema —lo que implica que ese problema es común, como el de cualquier otro—. La resistencia al test o a la retroalimentación también puede indicar hipersensibilidad a la evaluarán y a la potencial retroalimentación negativa. Los narcisistas reaccionan mal a la retroalimentación con cólera o vergüenza características. Suelen sentirse muy cómodos hablando de sí mismos, a veces hasta un extremo de obvia autoexaltación, con recuentes referencias a talentos, logros, conexiones o posesiones materiales. También son típicos del narcisismo la pretensión e estar siempre en lo justo ante las

dificultades, y la tendencia quejarse de los defectos de los demás.

El modo de interacción del paciente con el terapeuta proporciona importante información diagnóstica. En los casos más obvios, el paciente puede describirse a sí mismo como altivo, arrogante o insolente. Quizás haga hincapié en su alta posición, o apellido notable o su *status* de celebridad, por los que espera una consideración especial. A veces el narcisista puede tratar de manipular al terapeuta para sostener su propio sentido de grandeza o sus privilegios. Más allá de la búsqueda de cumplidos, signos posibles de esta actitud son la averiguación de los títulos del terapeuta («¿Está seguro de poder tratar a alguien tan singular y resistente como yo?») y los intentos insistentes de negociar los horarios de las sesiones y los honorarios; el narcisista se enoja cuando unos u otros no se ajustan a sus preferencias o conveniencias.

En la interacción con el terapeuta también suele ponerse de manifiesto la tendencia del narcisista a idealizar o desvalorizar a los demás.

El terapeuta puede advertir cuándo el paciente le trata de forma excesivamente atenta.

A la inversa, también es posible que sus interpretaciones sean criticadas o rechazadas de modo automático. El paciente narcisista llega incluso a insultar al terapeuta. A veces revela esas actitudes en la descripción de los intentos de ayudarle por parte le terapeutas anteriores. Indagando cómo fueron los contactos terapéuticos previos se descubre de qué modo el paciente ve esas experiencias y cómo se comportó al finalizar el tratamiento. Lo previsible es una pauta de expectativas elevadas, luego la decepción y un final abrupto.

Relaciones sociales

Las relaciones del narcisista representan para él una fuente de tensión. Puede que tenga amplio un círculo de conocidos, pero le faltan relaciones estables y duraderas. Sólo habla en términos vagos de determinados amigos. Durante las entrevistas iniciales, las personas más próximas no son mencionadas, o son descritas como causa de los problemas. Son comunes los divorcios o rupturas múltiples, aunque algunos narcisistas ni siquiera encontraron nunca a alguien «suficientemente bueno» como para iniciar una relación. El narcisista sabe bien lo que busca en un compañero o compañera, y en seguida pierde interés en alguien que no satisface todos esos requisitos de aspecto, personalidad y posición.

En el matrimonio, el narcisista es proclive a tener problemas de competencia con su cónyuge. Después de haber elegido la pareja por sus características «especiales», al narcisista no le gusta que a ella se le preste más atención que a él. Quiere estar casado con alguien especial, pero se encoleriza cuando deja de estar en el primer plano. Su cólera se pone de manifiesto en una diversidad de conductas agresivas y pasivo-agresivas.

En un contexto social general, el narcisista causa una primera impresión agradable y favorable, pero la prolongación del contacto revela rudeza y falta de decoro. Pueden ser cáusticos, groseros e ingratos. Esperan un trato cortés, pero no lo retribuyen. Quieren que les cedan el paso, que no los hagan esperar, que los empleados o camareros les atiendan de inmediato. Desean relaciones sociales a su gusto y conveniencia. Si retribuyen un favor, es probable que lo hagan de un modo que, más que consideración especial por el destinatario, revela gusto por llamar la atención.

Suele suceder que su estilo impersonal exigente e insensible sea revelado por los informes de sus allegados. Por ejemplo, una madre dijo que su hijo, un adulto joven, le exigía que, para dejarle hablar por teléfono a él, interrumpiera su propia conversación y cortara de inmediato, aunque fuera en medio de una frase, si no quería que le gritara obscenidades. Otro ejemplo: una secretaria reveló que su jefe había pretendido que volviera a trabajar el mismo día que había sufrido un aborto. Cuando ella le respondió que el médico le había ordenado varios días de reposo, él le echó en cara todo el trabajo que había por hacer, y que por culpa de su ausencia no se podría cumplir con los plazos fijados. La explosión de mal genio, los estallidos verbales y el maltrato emocional, físico o sexual pueden poner de manifiesto la creencia narcisista de que a los demás tiene que preocuparles primordialmente la felicidad o el bienestar de él. Es posible que los otros describan sus relaciones con el narcisista como de «amor-odio»: sienten su encanto y al mismo tiempo se sienten explotados de algún modo. El narcisista se ofende con quien pretende pedirle cuentas por su conducta explotadora y egocéntrica, a lo que responde con desdén.

Trabajo y logros

Puede llegar a trabajar intensamente, pero con fines egocéntricos. La meta del reconocimiento personal motiva a los narcisistas mucho más que el valor social de la tarea que realizan, su aporte a la seguridad de la familia, o el simple placer y disfrute del trabajo en sí. Si no obtiene ventajas personales, el narcisista tiende a creer que se le debe exceptuar de las tareas difíciles o aburridas.

En su empleo, el narcisista viola de diversos modos los límites de la autoridad. Quizá tome decisiones que no le corresponden a él, o les falte el respeto a sus superiores. Por lo general no le gustan las posiciones subordinadas, en las que se siente agraviado. Cuando tiene autoridad, usa el poder para explotar a sus subalternos. Una posibilidad es el acoso sexual. Otro ejemplo es el del agente de bolsa que vende y compra para generar comisiones, sin importarle que el cliente gane o pierda dinero con operaciones injustificadas. Hay ejemplos públicos: las figuras políticas que se comportan como si su autoridad las exceptuara de las normas de conducta generalmente aceptadas. Muchos ejemplos pueden ilustrar la conducta

explotadora que refleja la creencia narcisista de que «lo único que importa es conseguir lo que quiero o lo que yo pienso que está bien».

En su vida, el narcisista sigue la regla de que está por encima o exceptuado de las leyes comunes que rigen a todos los demás. Por ejemplo, una reina regional de la belleza pensaba que se la debía exculpar de la acusación de conducir en estado de ebriedad, a pesar de que incluso había chocado contra un auto estacionado. Su argumento era que en caso contrario se malograría su carrera y todo lo que había trabajado para llegar a competir en un próximo concurso nacional. Cuando se la encontró culpable, el juez le recomendó que recordara que «las chicas lindas también pueden matar».

Caso ilustrativo

El caso de David, que presentamos al principio del capítulo, proporciona una ilustración de muchos de estos signos diagnósticos de TNP. Con poco más de 40 años, David recurrió al tratamiento por su estado de ánimo deprimido. Mencionó como fuentes de su malestar los problemas profesionales y matrimoniales; se preguntaba si estaba pasando por la crisis de la mitad de la vida.

David parecía un hombre aventajado que prestaba una atención minuciosa a su aspecto. Insistió en obtener la admiración del terapeuta por su traje recién estrenado de diseño exclusivo, su moreno invernal y su nuevo descapotable importado. También le preguntó al terapeuta qué auto tenía y a cuántos clientes importantes atendía. Quería estar seguro de tratar con alguien que fuese lo mejor en su profesión. También temía que alguien importante le viera en el consultorio. Aunque expresó algunas dudas generales sobre la psicoterapia, decidió emprenderla porque se le ofreció un «tratamiento único»: la terapia cognitiva.

David se había criado en un barrio confortable de una gran ciudad, hermano mayor y único hijo varón de un hombre de negocios triunfador y una exsecretaria. Siempre había tenido algo de mal genio, y solía forzar a sus padres y hermanas a ceder a sus deseos. Según dijo, incluso cuando la respuesta era «no», terminaban haciendo lo que él quería.

Dijo que era «un as» como estudiante, además de un «superatleta», aunque sin proporcionar detalles para demostrarlo.

David recordó haber tenido las mejores novias, pues la mayoría de las mujeres «suspiraban» por la posibilidad de salir con él. Su estrategia consistía en actuar con

calma al principio; de todos modos, tenía un patrón de compromisos intensos y breves. Si una chica rompía la relación, o incluso si llegaba a demostrar interés por algún otro, David solía reaccionar con una explosión de mal genio. A los 17 años abofeteó a una novia que se citó con otro muchacho, provocándole algunas contusiones en la cara. Ella era modelo profesional y amenazó con llevarle a juicio; él se quedó pasmado cuando ella osó cuestionar la legitimidad de su cólera.

David ingresó en el *college* fantaseando hacerse famoso por su brillante carrera. Se especializó en comunicaciones, con la idea de pasar a la facultad de derecho y dedicarse a la política. Conoció a su primera mujer mientras estaba en el *college*, el año en que ella fue elegida reina estudiantil. Se casaron poco después de graduarse. Él entró en la facultad de derecho y ella empezó a trabajar para mantener a la pareja.

En la facultad, David se convirtió en un adicto al trabajo nutrido por fantasías de éxito y reconocimiento internacional. Pasaba muy poco tiempo con su mujer; cuando nació su hijo, se alejó aún más del hogar, mientras tenía una serie de relaciones extramatrimoniales, sobre todo encuentros sexuales breves. Hablaba de su primera mujer de modo desdeñoso, en tono molesto, quejándose de que ella no hubiera estado a la altura de sus expectativas. Aguardó a estar razonablemente seguro en su primer empleo, y cuando dejó de necesitar apoyo económico, le pidió el divorcio. Siguió viendo a su mujer ocasionalmente, pero pocas veces pagó la pensión para el hijo.

Después del divorcio, David sintió que tenía la libertad total que le gustaba. Podía gastar todo su dinero en sí mismo, decoró pródigamente su casa y se compró ropa llamativa. Se procuró la compañía constante de diferentes mujeres atractivas. Tenía mucho éxito en el contacto inicial y en conseguir una primera cita, pero no solía encontrar mujeres suficientemente interesantes como para salir con ellas más de una vez o dos. En ocasiones se divertía con juegos sexuales tales como el de probar cuánto tardaba en llevarse a una mujer a la cama, o cuántas mujeres aceptaban acostarse con él. Lo dejaba perplejo el hecho de no sentirse realmente triunfante cuando lograba «apuntarse» cinco mujeres en un día. Empezó a anhelar la comodidad y la atención de una sola pareja constante. Entonces filtró a sus amigas con una lista de requerimientos, y finalmente se casó con Susan, la hija de un político muy conocido.

A David le costaba identificar sus pensamientos automáticos o los problemas que precipitaban sus estados de ánimo negativos, de modo que las intervenciones terapéuticas iniciales se centraron en rastrear sus fluctuaciones anímicas. Descubrió que solía empeorar cuando entraba en su oficina, cuando tenía consulta con ciertos colegas y cuando estaba con su mujer. Se sentía mejor cuando podía fantasear planes futuros, cuando manejaba su auto sport y atraía la atención de las mujeres, o «en sociedad» —una fiesta o un cóctel.

El hecho de que se sintiera peor en el trabajo tenía que ver con la sensación acentuada de malestar que le provocaba una rutina que él consideraba por debajo de sus posibilidades. Pensaba en lo que realmente merecía y en que no se estaban

reconociendo sus talentos y aptitudes. La consulta de colegas solía activar el pensamiento de que ellos no le brindaban un reconocimiento apropiado, o de que se atrevían a criticarle, aunque fuera de un modo muy marginal.

David creía que, como él era «diferente» de las otras personas, nadie tenía derecho a criticarle. En cambio él tenía todo el derecho a criticar a los demás. También creía que los otros eran débiles y necesitaban el contacto con alguien como él que dirigiera a placer sus vidas. No veía ningún problema en aprovecharse de otras personas si eran lo bastante «estúpidas» como para permitírselo.

El paciente admitió que por lo general se sentía peor con su mujer cuando pensaba en algún rasgo negativo del aspecto o la inteligencia de ella. Lo típico era que pensara que ella no merecía estar con él. Si Susan le pedía algo, se irritaba: bastante suerte tenía con haberse casado con él, como para considerarse además con derecho a pedir cosas. Había muchas otras mujeres más bonitas a las que les gustaría atender a sus necesidades.

David se sentía mejor cuando alguien lo halagaba, cuando estaba en una situación social en la que podía ocupar el centro de atención del grupo y cuando fantaseaba haber logrado una posición de alto nivel, ser honrado por su gran talento o tener un fortuna fabulosa. El cuadro obtenido con la evaluación de la historia clínica de David, sus síntomas del momento, sus actitudes y sus pensamientos automáticos, indicaba un episodio depresivo mayor leve, con un TNP concomitante. En lo que queda de este capítulo examinaremos otros detalles de la terapia de David.

Objetivos de la terapia cognitiva

Los objetivos clínicos iniciales de la terapia cognitiva del TNP suponen el desarrollo de una relación de cooperación, la adaptación [*socialization*] del paciente al modelo cognitivo del tratamiento (es decir, la enseñanza del modelo) y el mutuo acuerdo respecto de la conceptualización del problema y el enfoque del tratamiento.

Al tratar de alcanzar esos objetivos con pacientes narcisistas se tropieza a veces con importantes dificultades. Desarrollar una colaboración puede ser muy difícil, puesto que los narcisistas tienen un fuerte compromiso con su propia superioridad, así como déficit importantes en el ámbito de la interacción cooperativa. La autoridad del terapeuta puede ofender, ser cuestionada, desvalorizada o descalificada de otro modo. Quizás el paciente vea la terapia como un juego competitivo en el que debe luchar para conservar su superioridad. Al responder a esos desafíos, el terapeuta tiene que

dar importancia a la comprensión de las respuestas subjetivas del paciente, pero también a guiarle con coherencia hacia un modo menos limitado de tomar decisiones. La consideración de las alternativas debe vincularse claramente a metas tales como estados de ánimo más agradables o relaciones estables, libres de tensión. En otro apartado consideraremos sugerencias específicas para la interacción de paciente y terapeuta.

Además de los objetivos iniciales de cooperación, conceptualización del problema y adaptación al modelo cognitivo, las metas del tratamiento van desde la resolución de la queja presentada hasta el desarrollo de conductas y actitudes alternativas a largo plazo. Es obvio que la resolución de síntomas o crisis se logra con una rapidez mucho mayor que la modificación de un estilo de vida; el ritmo del tratamiento debe ser puesto en claro con el paciente en términos de metas a corto y a largo plazo.

Entre las metas a largo plazo se cuentan la corrección de la visión grandiosa que el paciente tiene de sí mismo, la reducción de la importancia cognitiva asignada a la evaluación por parte de los demás, un mejor control de las reacciones afectivas a la evaluación y una mayor conciencia de los sentimientos de los otros, que active más afectos empáticos y elimine la conducta de abusos.

Intervenciones específicas

En cuanto el terapeuta ha reunido datos suficientes como para considerar confirmada la presencia de un TNP, inicia la conceptualización del problema presentado (depresión, problema de relación, procrastinación, dificultades en el trabajo, etcétera) como relacionado con el estilo de vida. Empleando el modelo cognitivo, discute dicho estilo con el paciente en los términos de las situaciones específicas, con los sentimientos, pensamientos, supuestos y conducta asociados.

Las intervenciones alternan entre aumentar la responsabilidad conductual, reducir las distorsiones cognitivas y el afecto disfuncional y formular nuevas actitudes. Entre las más específicas metas posibles a largo plazo se cuentan una conducta sensible y recíproca respecto de los sentimientos de los demás (por ejemplo, mayor cortesía); la cooperación con otras personas, asumir una parte del trabajo; expectativas más razonables respecto de la gente; un mayor autocontrol de hábitos y estados de ánimo y una autoobservación más discriminativa, que reconozca lo que el sujeto tiene en común con las demás personas. La motivación para perseguir metas de mayor alcance

puede provenir del deseo de lograr estados de ánimo más estables, mantener ciertas relaciones o carreras, o resolver síntomas persistentes y recurrentes.

Es útil dar a las estrategias clínicas una forma acorde con los tres principios componentes del narcisismo: el sentimiento de grandeza, la hipersensibilidad a la evaluación y la falta de empatía. En cuanto al sentimiento de grandeza, se puede poner el énfasis en la utilización de técnicas cognitivas para ajustar la concepción distorsionada que el paciente tiene de sí mismo y manejar los afectos extremos asociados.

La creencia del paciente de que es un individuo especial suele set muy frágil y tiende a oscilar entre los extremos positivo y negativo de la evaluación. El narcisista se compara automáticamente con otros y tiende a acentuar las diferencias como superioridad y singularidad, o bien como inferioridad. Otro error común que contribuye al sentimiento de grandeza es una categorización de «todo o nada».

En su razonamiento dualista, los narcisistas son maravillosamente superiores o totalmente indignos. La corrección de esta forma de razonar ayuda a limitar la exageración de la propia importancia. Otra alternativa más adaptada consiste en hacer que el paciente se compare consigo mismo, o que busque rasgos comunes con otros (véase la tabla 11.2).

TABLA 11.2 ***Creencias alternativas***

- Ser normal. Las cosas corrientes pueden ser muy agradables.
- Uno puede ser humano, como todo el mundo, sin dejar de ser único.
- Formar parte de un equipo puede ser gratificante.
- Puedo disfrutar de ser como los demás, en lugar de tener que ser siempre mejor.
- Puedo optar por ser miembro de un grupo, en lugar de ser siempre la excepción.
- Puedo conseguir el respeto de los demás a largo plazo, en lugar de una admiración a corto plazo.
- Las otras personas tienen necesidades y opiniones que también importan.
- Los colegas pueden ser recursos, no sólo competidores.
- La retroalimentación puede ser válida y útil. Excluirla como lo hago es desastroso.
- Nadie me debe nada.
- Pensar en las situaciones reales puede ser más sano que alimentar sueños exagerados.
- En realidad no necesito la atención y la admiración constantes de todos para

existir y ser feliz.

- La superioridad y la inferioridad de las personas son juicios de valor y están siempre sujetos a cambios.
- Todos tenemos defectos.
- Toda persona es de algún modo especial.
- Puedo elegir ser responsable de mis propios estados de ánimo. Permitir que las evaluaciones de los demás determinen mi estado de ánimo hace que dependa de ellos y no tenga el control de mí mismo.

La reestructuración por medio de imágenes puede ser útil para modificar el ensimismamiento en fantasías sobre atributos ilimitados o ideales. Para desplazar las imágenes narcisistas, es posible desarrollar una fantasía sustitutoria que ponga énfasis en gratificaciones y placeres cotidianos que están al alcance de la mano. Dicha fantasía también sirve para un ensayo encubierto de actividades capaces de elevar la autoestima. Por ejemplo, en lugar de fantasear con cantar un «*hit*» ante una audiencia de miles de personas, el paciente fantasea con el placer de cantar en la iglesia o en el coro de la comunidad.

Un importante aspecto técnico de esta intervención es ayudar al paciente a desarrollar una sensación de placer en la actividad imaginada en sí, y a desplazar del centro de atención las alegrías idealizadas de la admiración y el reconocimiento de los demás.

La desensibilización sistemática con incorporación de métodos cognitivos para el control adecuado y la adaptación es útil en el abordaje del problema narcisista de la hipersensibilidad a la evaluación. El terapeuta ayuda a estructurar una jerarquía de exposiciones graduales a la retroalimentación de otras personas. El paciente tiene que enfrentarse al pensamiento catastrófico y al razonamiento dicotómico, desarrollando su aptitud para tolerar, emplear y beneficiarse con la evaluación. Algo importante que hay que poner a prueba es si el paciente narcisista puede conservar una concepción positiva (no grandiosa) de sí mismo sin basarla constantemente en las reacciones positivas de los otros.

Como ejercicio específico, el paciente planifica pedir retro-alimentación a determinadas personas. Al estructurar esta situación, conviene empezar con una retroalimentación que se prevé positivo. Este es un punto de partida más tolerable para empezar a asumir riesgos emocionales y para examinar el papel de los pensamientos e interpretaciones personales. La tarea del paciente no consiste en ir a la caza de elogios, sino en pedir directamente una retroalimentación específica.

La exposición continua a fuentes más críticas de retroalimentación le permite al paciente utilizar aptitudes cognitivas para manejar las reacciones emocionales y llegar a juicios discriminativos sobre el empleo de la retroalimentación. No

recomendaríamos la desensibilización simple para «sentirse no tan fantástico», mencionada por Francés (1987), porque es una aplicación conductual potencialmente limitada. No se trata de que el paciente aprenda a aceptar que se siente mal, sino de que asimile modos más eficaces de interpretar las situaciones que tienden a provocar esos sentimientos desagradables.

Los narcisistas pueden también aprender a discriminar más en la atención que prestan a la evaluación. Estos pacientes se centran compulsivamente en el modo como son evaluados por otros, a menudo sin prestar atención a la evaluación en sí misma. Se dedican mucho a «leer los pensamientos» y solicitan confirmaciones indirectas de las opiniones positivas. La detención y la distracción del pensamiento son a veces técnicas útiles para quebrar esos hábitos de pensamiento sobre lo que los otros están pensando. Es posible ordenar diferentes situaciones o experiencias en función de su importancia como fuentes de retroalimentación, para que el narcisista trabaje en la moderación de su sensibilidad a lo que otros piensen de él. Finalmente, el paciente tiene que poder abandonar su preocupación por los pensamientos de los otros, buscando retroalimentación directa cuando es pertinente, y discriminando sus reacciones ante ella.

El desarrollo de empatía con los demás es el tercer ámbito importante que hay que abordar en el trabajo clínico. En esta dirección son útiles tres estrategias. En primer lugar, el paciente debe prestar atención a su falta de empatía, para lo cual a veces basta una simple pregunta sobre el reconocimiento de los sentimientos de los demás. En otros casos habrá que señalar y nombrar como tales el desdén y la explotación. Segundo, hay que activar los esquemas emocionales relacionados con los sentimientos y reacciones de los demás. Es probable que el modo más eficaz de lograrlo sea la inversión de roles y la dramatización, en la que el paciente asume el papel de otra persona. Hay que poner énfasis en como es probable que el otro se sienta, y no sólo en la forma como reaccionaría el paciente en esas circunstancias. Tercero, se sugieren y examinan modos alternativos, adaptativos, de tratar con los otros. Se formulan nuevos enunciados de creencias para expresar el reconocimiento afectivo de las reacciones de los demás —por ejemplo: «Los sentimientos de la gente también importan»—. Se pueden programar modos específicos de actuar sobre esa nueva alternativa —por ejemplo: «Deje pasar a alguien en la cola», «Elogie a alguien», «Llame por teléfono a alguien con quien hace tiempo que no se comunica y pregúntele cómo está»—. En conjunto, esas tres estrategias proporcionan referencias cognitivas, afectivas y conductuales para centrar la intervención.

Una lista de problemas específicos ayuda a centrar la discusión terapéutica en dificultades concretas. En el caso de David, el abogado al que ya nos hemos referido, la lista de problemas incluyó mal humor y dificultades en el trabajo, en las relaciones con sus colegas y en el matrimonio. Para cada problema, el terapeuta buscó pensamientos y conductas que reflejaran la pauta narcisista patológica de megalomanía, falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación por parte de otros.

En el trabajo con los pensamientos automáticos de David, el simple cambio del centro de atención, llevándolo del «yo» al «nosotros» o el «ellos», resultó a menudo útil en la reorientación de su posición. Como muchos pacientes narcisistas, David tendía a personalizar los acontecimientos y las situaciones. Se situaba en el centro de la acción, y por lo general no consideraba que, además de él, podría haber otros con sus propias reacciones. El *role playing* y la inversión de roles ayudaron mucho a David a ver más allá de sus reacciones emotivas personales. Este paciente también tendía a usar un razonamiento dicotómico de base emocional y generalizaba en exceso sus conclusiones. Sabía desarrollar argumentaciones lógicas en su trabajo en los tribunales, pero le costaba mucho llegar a ver alternativas en su vida personal. La puesta a prueba sostenida de los pensamientos disfuncionales automáticos en las sesiones de terapia ayudó a David a internalizar el hábito de cuestionar el carácter razonable o no de lo que pensaba sobre sí mismo.

Aunque la generalización de los cambios fuera del consultorio fue limitada y lenta, el terapeuta alentaba a David a concentrarse en la puesta a prueba de algunas creencias básicas alternativas, como «Las otras personas también importan» o «Todos somos únicos de algún modo».

El paciente comprobó que esas alternativas no sólo eran «mejores modos de pensar», sino también opciones más beneficiosas para él a largo plazo. La tabla 11.2 presenta algunas de las alternativas desarrolladas por diferentes pacientes narcisistas. Un componente principal del ensayo de esas actitudes nuevas y alternativas consistió en especificar los modos de pensar y actuar congruentes con cada creencia.

De ese modo, se vinculó cada creencia a modos concretos de pensar, actuar y sentir. Por ejemplo, David puso a prueba la creencia de que «Todos somos únicos de algún modo» esforzándose por advertir algo especial en todas las personas con las que entrara en contacto durante dos semanas. Además realizó acciones basadas en esa creencia: elogió a algunas personas por los rasgos que descubría en ellas y recomendó a colegas por sus aptitudes especiales.

Finalmente, el terapeuta le ayudó a concentrarse en los sentimientos positivos que le procuraba cada nueva creencia, a no pasarlos por alto ni considerarlos triviales.

Orientación para la interacción terapeuta-paciente

La atención cuidadosa prestada a la relación terapéutica es una parte importante de la terapia cognitiva del TNP. El narcisismo se define por las desviaciones del modo

como esos individuos se relacionan con las otras personas, y en lo que piensan de sí mismos frente a los demás. La psicoterapia cognitiva proporciona una excelente oportunidad para introducir algunos elementos en las relaciones interpersonales del narcisista.

Las reacciones personales del terapeuta ante los pacientes narcisistas merecen una particular atención. Como con la mayor parte de los trastornos de la personalidad, el trabajo con un paciente narcisista suele ser un desafío y resulta muy estresante. Si bien las cuestiones de la transferencia y la contratransferencia no son mecanismos centrales del tratamiento en la terapia cognitiva, la consideración de la relación terapéutica es parte integral de este enfoque. Para manejar con eficacia los límites de la relación terapéutica y usar sus propias reacciones en el proceso del tratamiento, los terapeutas cognitivos deben empezar por ser observadores sensibles de sus propios pensamientos, sentimientos y creencias.

Segundo, los terapeutas cognitivos deben hacerse expertos en el empleo oportuno de la automostración selectiva de reacciones personales. A veces esas reacciones se plantean como «prueba experimental» del impacto que el paciente puede tener sobre otras personas de su ambiente.

Tercero, el terapeuta tiene que encontrar modos de controlar sus reacciones personales fuertes que puedan ser negativas para este tipo de paciente. Es preciso que aborde esas reacciones, quizá rastreando y poniendo a prueba los pensamientos automáticos, para evitar una indebida tensión personal y promover el progreso de la terapia. También es necesario que el terapeuta tenga conciencia de la vulnerabilidad que sus propias reacciones introducen en la relación terapéutica, como problemas de confianza o preocupaciones por sentirse aprobado, o bien un sentimiento de omnipotencia.

Con el paciente narcisista, el terapeuta tiene algunas reacciones predecibles, que a veces son incluso las señales más importantes de que es posible que el narcisismo forme parte del cuadro clínico. Al principio quizás el terapeuta disfrute y sienta agrado con la compañía del narcisista, sobre todo cuando el paciente le halaga con su idealización y le considera como alguien muy especial e importante. Esto puede oscurecer la naturaleza del problema terapéutico y obstaculizar el progreso. Especialmente en la terapia familiar o matrimonial, hay que estar alerta ante la adulación del narcisista, que trata de crear una alianza con el terapeuta para que ambos se conviertan en «supervisores» de los otros «pacientes identificados». Es muy importante diferenciar la gratitud genuina de la adulación manipuladora que forma parte de la patología.

Esa sensación de que hay un potencial trabajo de equipo, generada por la adulación del narcisista, puede ser seguida por un fastidio y una frustración crecientes cuando el paciente no cumple con los planes acordados. Lo típico es que al narcisista le cueste asumir la responsabilidad por los esfuerzos del tratamiento, dentro del consultorio o fuera de él. Espera que las cosas sigan su propio camino, y que algún

otro realice el trabajo real. Su conducta responde a un par de supuestos: «Nadie está haciendo por mí todo lo que corresponde», «Merezco que alguien se haga cargo de las cosas por mí». Estos pacientes insisten en que se están esforzando todo lo posible por hacer lo que se les pide, pero no hay pruebas de que cumplan con los encargos específicos. Cuando el terapeuta trata de aclarar lo que se espera de los esfuerzos mutuos, el narcisista lo desacredita a él o al tratamiento, y manifiesta un abierto desdén, indiferencia o cólera.

Tal vez el paciente narcisista pretenda que el terapeuta es incapaz de comprender la naturaleza única de su problema, por lo cual rechaza sus intentos de ayudarle. Una paciente puso de manifiesto esta actitud con varias llamadas al director de la clínica pidiendo un terapeuta «de más alto nivel», capaz de abordar su «caso difícil»; sin embargo ya la atendía alguien con el máximo de autoridad en esa institución. Otros pacientes narcisistas frustran la colaboración siendo pasivos o eludiendo los problemas, o absteniéndose persistentemente de cumplir con un plan acordado. A veces abandonan abruptamente la terapia, a causa de expectativas insatisfechas, sin ningún examen previo de esa decisión en las sesiones. Para eludir esas trampas, es importante que el paciente sepa que el progreso sostenido de la terapia requiere esfuerzos compartidos.

En este punto el terapeuta puede ser vulnerable y ponerse a trabajar con más empeño para obtener la aprobación del paciente. La frustración crece si se intentan diversas estrategias para que éste se comprometa —por ejemplo aumentando o reduciendo las sesiones—. A veces el empeño del terapeuta le agrada al narcisista lo bastante como para que continúe con la terapia, pero es poco el cambio que se advierte. Tanto el paciente como el terapeuta se sienten defraudados por el progreso escaso, mientras no se tocan directamente los problemas narcisistas esenciales del sentimiento de grandeza, la hipersensibilidad a la evaluación y la falta de empatía. El terapeuta tiene que prestar atención a sus propias atribuciones dicotómicas que culpan por ese estancamiento al paciente malo o «resistente», o le culpan a él mismo por ser un «mal» profesional. Es posible que la terapia esté empantanada porque ninguna de las dos partes aborda de modo adecuado los problemas de personalidad.

Para desalentar las actitudes y la conducta narcisistas dentro de la terapia hay que poner límites específicos a la relación. El terapeuta tiene que aclarar cuáles son los límites y las expectativas de una conducta aceptable o productiva en la terapia, sin permitir que se violen sus derechos personales. La protección de los derechos personales suele consistir en mantener los horarios y honorarios estipulados. Puede también incluir el requerimiento de obediencia a otras reglas generales —por ejemplo, no fumar en el consultorio—. En algunos casos, el terapeuta tiene que preservar sus derechos físicos, pues el paciente narcisista suele violar el espacio personal o permitirse insinuaciones sexuales (por ejemplo reordenando los muebles para sentarse más cerca, o insistiendo en contactos corporales). El empleo selectivo de retroalimentación respecto de las reacciones y los pensamientos del terapeuta

como «persona real» suele ser un componente importante de la experiencia correctiva. Esa conducta en la terapia puede ser objeto de una limitación directa; al mismo tiempo, cabe explorar sus vínculos posibles con los esquemas disfuncionales y después discutir alternativas.

Dada su hipersensibilidad, el narcisista es capaz de reaccionar en exceso a cualquier retroalimentación Se recomienda al terapeuta que no emplee un tono de voz crítico o acusatorio, y que controle las reacciones y los pensamientos del paciente. La reacción excesiva a la interacción terapéutica suele ofrecer una importante oportunidad para clarificar el modelo cognitivo e intervenir en cuestiones nucleares. Incluso las pequeñas interacciones cooperativas pueden ser pasos terapéuticos, por el compromiso mismo que requieren por parte del paciente.

Concordamos con el comentario de Francés (1987) sobre la necesidad absoluta de mantener el propio sentido de la autoestima y la objetividad en el trato con los pacientes narcisistas. Ni el halago ni la desvalorización deben tomarse demasiado en serio. Hay que resistir la tentación de rotular y descartar a este tipo de paciente; esa rotulación suele reflejar el hecho de que el terapeuta desespera de que el tratamiento progrese. Quizá piense que el narcisista está tan atrincherado en sus actitudes y su conducta, que nunca cambiará. O tal vez el terapeuta considere que va a perder un tiempo valioso con alguien tan egocéntrico, en lugar de aprovecharlo con otras personas. Más que renunciar, conviene que el terapeuta pase revista a sus propias concepciones generales y procure identificar algunas metas razonables de corto plazo. Por ejemplo, es posible trabajar con una creencia específica en un determinado contexto y ayudar al narcisista a ser más comprensivo con los sentimientos de su cónyuge o de un amigo, o incluso con los del terapeuta, sin tratar de que sea más considerado con *todas* las personas.

Intervenciones adicionales

Las técnicas de la terapia conductual y otras intervenciones complementarias pueden desempeñar un papel importante en la terapia cognitiva del narcisismo. Estos pacientes suelen presentar conductas destructivas para otros, tales como el maltrato físico o verbal, o el acoso sexual, que deben ser cambiadas y limitadas. La terapia sería por lo menos incompleta si no se realiza ningún intento tendiente a modificar esas acciones dañinas. La prevención de la respuesta conductual o los planes de manejo de la contingencia ayudan a debilitar los hábitos destructivos (por ejemplo

beber, gastar en exceso, no trabajar). Las intervenciones cognitivas son útiles para evaluar los pensamientos que funcionan como antecedentes del hábito destructivo o como obstáculos de la conducta más deseable. Ciertas cogniciones específicas sirven como estímulos que permiten suscitar y guiar una conducta más adaptativa o deseable. Por ejemplo, David usaba la frase «Hacer algo es mejor que nada» para estimular su concentración en el trabajo.

Entre las intervenciones adicionales se cuentan la terapia conyugal y la terapia familiar. En el caso de David, la terapia conyugal proporcionó un hábito importante para ayudarle a desarrollar empatía y cooperación con una persona significativa. Hay que saber que el paciente narcisista suele entrar en el tratamiento como el miembro reticente de una unidad matrimonial o familiar, mientras insiste en que el que tiene problemas es otro. Los miembros de la familia o el cónyuge ayudan a subrayar la naturaleza interactiva de los problemas compartidos. También le insisten al narcisista en la necesidad de ciertos cambios conductuales y ayudan a instrumentar los planes para el manejo de la contingencia. En algunos casos, son absolutamente necesarios cambios conductuales obvios para que los otros significativos no opten por abandonar a su suerte al paciente.

Una familia adoptiva con tres hijos, de 14, 19 y 20 años, se enfrentaba con numerosos problemas, entre ellos la personalidad narcisista del hijo mayor. Amy y John, los padres, recurrieron a la terapia familiar en el primer año de su matrimonio; mencionaron muchas tensiones familiares, sobre todo con el hijo mayor, Roy.

Desde su egreso de la escuela secundaria, Roy había trabajado erráticamente, sólo cuando «sentía que tenía ganas». No aportaba ningún dinero al hogar, no hacía tareas domésticas y consideraba natural que le dieran de comer y le lavaran la ropa. Tenía el dormitorio decorado con sus propias fotos. Con el dinero que le regalaron cuando se graduó había pagado el anticipo de un auto costoso y deslumbrante, y dedicaba su tiempo libre a pasear con él en busca de chicas; pocas veces llamaba a la familia para que supieran dónde estaba. A Amy y John les preocupaba esa falta de dirección en la vida del joven y les molestaba el modo como se aprovechaba del hogar sin ninguna reciprocidad por su parte.

El cambio inicial en la familia suponía requerirle a Roy que aportara una cierta cantidad de dinero para la casa y la comida, y que se hiciera cargo de las cuotas del auto; si no trabajaba para conservar esos privilegios, se enfrentaría con la consecuencia lógica de perderlos. Se esperaba también que el propio Roy se lavara la ropa, lavara los platos después de comer y realizara su parte de las tareas domésticas y de cuidado del jardín. Él pensaba que eso no era razonable; reaccionó con hostilidad y mala voluntad al enunciado de esos límites por parte de sus padres.

John y Amy fueron consecuentes, y se negaron a dar garantías cuando Roy dejó impagas algunas cuotas. Le dijeron que no tenía derecho a casa y comida gratuitas; le asignaron tareas domésticas adicionales cuando utilizó dinero del «alquiler» para pagar cuotas.

Esas tareas adicionales correspondían a «intereses» por el «alquiler atrasado», y la deuda de Roy continuaba creciendo. Si traspasaba cierto límite, sería desalojado. Por fortuna, él respondió estabilizándose en un trabajo y haciéndose responsable de sus obligaciones. Algún tiempo después del tratamiento, Amy expresó su fastidio por el sostenido egocentrismo del joven, que sólo pensaba en sí mismo y no demostraba ninguna preocupación por los otros miembros de la familia. No obstante, tanto a Amy como a John les alivió que por lo menos la conducta de Roy hubiera cambiado significativamente, y que fuera más responsable en casa.

Conclusión

Los pacientes narcisistas suelen ser difíciles de tratar. No con todos se pueden aplicar los procedimientos trazados en este capítulo. La paciencia, la persistencia y la confianza en el establecimiento de límites adecuados probablemente demostrarán ser aliados importantes del terapeuta que trabaja con individuos narcisistas. Las mismas herramientas se les pueden ofrecer a las personas allegadas que aparezcan en el tratamiento como las «víctimas» de la conducta del paciente. La terapia cognitiva es muy prometedora como modalidad específica para modificar los rasgos psicológicos esenciales del narcisismo clínico.

CAPÍTULO 12

EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

La mayoría de las personas, incluso las que presentan diversos síndromes clínicos, emplean a veces la evitación para aliviar la ansiedad o anticiparse a situaciones difíciles. El trastorno de la personalidad por evitación (TPE) se caracteriza por una evitación generalizada, conductual, emocional y cognitiva. Esa evitación se nutre de temas tales como la autodesaprobación, una expectativa de rechazo en las relaciones interpersonales y la creencia de que las emociones y los pensamientos desagradables no pueden tolerarse.

En la terapia, los pacientes con TPE expresan deseo de afecto, aceptación y amistad; sin embargo, suelen tener pocos amigos y es poca la intimidad que comparten con alguien. De hecho, quizá les resulte difícil incluso hablar de esos temas con el terapeuta. Sus frecuentes soledad y tristeza son sostenidas por el miedo al rechazo, que inhibe el inicio o la profundización de las amistades.

Un paciente típico con TPE cree: «Soy socialmente inepto e indeseable» y «Las otras personas son superiores a mí y me rechazarían o criticarían si me conocieran». Cuando el terapeuta suscita los pensamientos y sentimientos incómodos que se desprenden de esas creencias, el paciente suele iniciar la evitación o «se reprime» cambiando de tema; se pone de pie y empieza a caminar, o dice que tiene «la mente en blanco». A medida que avanza la terapia se descubre que esta evitación emocional y cognitiva se acompaña por creencias tales como «No puedo manejar los sentimientos intensos», «Usted pensará que soy débil», «La mayor parte de las personas no tienen sentimientos como éstos» y «Si cedo a estos sentimientos no se irán nunca; si los ignoro, algún día esto mejorará». Estos pacientes tienen una baja tolerancia a la disforia, dentro y fuera de la terapia, y utilizan diversas actividades (a veces incluso adicciones) para distraerse de las cogniciones y los estados de ánimo negativos.

Reseña histórica

La expresión «personalidad evitativa» fue primero empleada por Millón (1969),

quien atribuyó a esta personalidad una pauta de «separación activa» que representa «miedo y desconfianza».

> Estos individuos se mantienen en estado de alerta constante, por temor a que sus impulsos y su anhelo de afecto ocasionen una repetición de dolor y la angustia que antes han experimentado con otros. Sólo pueden protegerse mediante un repliegue activo. A pesar de sus deseos de relacionarse, han aprendido que lo mejor es negar esos sentimientos y mantener la distancia interpersonal (Millón, 1981, pág. 61).

La formulación de Millón del TPE se basa en gran medida en la teoría del aprendizaje social. Algunos teóricos de las relaciones objétales, como Burnham, Gladstone y Gibson (1969), han presentado una teoría que pone énfasis en la motivación, atribuyendo los síntomas del TPE al «dilema necesidad-miedo»:

> Tiene una necesidad excesiva de estructura y control externos. [Su] existencia depende de que mantenga el contacto con los objetos […]. El mismo carácter excesivo de su necesidad de objetos hace que éstos sean demasiado peligrosos y temibles, puesto que pueden destruirle por medio del abandono. Por lo tanto, les teme y desconfía de ellos. [Un modo] de desviar o aliviar el dolor de su dilema necesidad-miedo es […] la evitación de los objetos […] Los intentos de otras personas tendientes a comprometerle en una interacción son considerados intrusiones que llevan consigo la amenaza de una catástrofe (pág. 27-31).

Se puede encontrar una perspectiva más cognitiva en los escritos de Karen Horney (1945), quien describió a la persona «interpersonalmente evitativa» más de cuarenta años antes de la actual formulación del DSM-III-R:

> Hay una tensión intolerable en la asociación con otras personas, y la soledad se convierte primordialmente en un medio para evitarla […] Existe una tendencia general a suprimir todo sentimiento, incluso a negar su existencia (pág. 73-82).

En un libro ulterior (1950), Horney presentó una descripción de una persona evitativa, coherente con las formulaciones cognitivas:

> Con poco o ninguna provocación, siente que los demás lo menosprecian, no lo toman en serio, no desean su compañía y, de hecho, le desprecian. Su autodesprecio […] le vuelve […] profundamente inseguro acerca de las

actitudes de los otros respecto de él. Incapaz de aceptarse como es, tal vez no puede creer que los demás, conociéndole con todos sus defectos, le aceptan con un espíritu amistoso o le aprecian (pág. 134).

Desde la aparición de la terapia cognitiva es poco lo que se ha escrito desde esta perspectiva sobre el TPE. En este capítulo demostraremos de qué modo el examen de los pensamientos automáticos, los supuestos subyacentes y los esquemas de los pacientes con TPE conducen a una conceptualización sintética que describe el desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Luego se sugieren estrategias clínicas capaces de ayudar a modificar los pensamientos y las conductas problemáticas, así como los supuestos subyacentes y las creencias nucleares en los que se sostiene el trastorno.

Diagnóstico diferencial

La tabla 12.1 resume los criterios del DSM-III-R para el TPE (American Psychiatric Association, 1987). Es claro que muchos rasgos de este trastorno coinciden con los de otras categorías diagnósticas, sobre todo el trastorno esquizoide de la personalidad, la fobia social y la agorafobia. Por lo tanto, para realizar un diagnóstico diferencial es importante que el terapeuta indague las creencias y los significados asociados con los diversos síntomas.

TABLA 12.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno de la personalidad por evitación***

Una pauta generalizada de incomodidad social, miedo a la evaluación negativa y timidez, iniciada al principio de la adultez y presente en diversos contextos, indicada al menos por *cuatro* de los rasgos siguientes:

1. La crítica o la desaprobación lo hieren fácilmente.
2. No tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo tiene uno) que no sean parientes de primer grado.
3. No está dispuesto a involucrarse con personas a menos que esté seguro de que gustan de él.
4. Evita las actividades sociales o laborales que suponen un contacto

interpersonal significativo; por ejemplo, rechaza una promoción que aumentará las exigencias sociales.

5. Es reticente en las situaciones sociales por temor a decir algo inadecuado o tonto, o a ser incapaz de responder una pregunta.
6. Teme que lo perturbe un acceso de rubor o llanto, o mostrar signos de ansiedad frente a otras personas.
7. Exagera las dificultades, los peligros físicos o los riesgos potenciales que supone hacer algo común pero que está fuera de su rutina; por ejemplo, cancela planes sociales porque prevé que el esfuerzo de llegar al lugar lo dejará exhausto.

Por ejemplo, tanto el TPE como el trastorno esquizoide de las personalidad se caracterizan por la inexistencia de relaciones estrechas. Pero el paciente evitativo desea amistades y sufre por la crítica, dos rasgos que no comparten los esquizoides, a quienes la crítica de los demás les resulta indiferente y están satisfechos con su poca participación social.

El TPE comparte algunos de los rasgos cognitivos y conductuales de la fobia social y la agorafobia. No obstante, las personas con fobias sociales temen la humillación y tienen poca confianza en sus aptitudes sociales, pero no evitan las relaciones estrechas sino sólo ciertas circunstancias sociales (hablar en público o las grandes reuniones). Los pacientes con agorofobia suelen presentar conductas similares a las del TPE, pero la evitación agorafóbica está asociada con el miedo a estar en un lugar en el que no dispondrá de auxilio en caso de un accidente personal, y no con el miedo a la intimidad.

Otra consideración diagnóstica es que el paciente con TPE a menudo recurre al tratamiento por trastornos asociados del Eje I, como los trastornos por ansiedad (por ejemplo, una fobia, un trastorno por angustia, trastorno por ansiedad generalizada), los trastornos afectivos (tales como la depresión mayor o la distimia), los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos del sueño.

En la terapia del TPE es importante el diagnóstico temprano. Como veremos más adelante, los trastornos del Eje I se pueden tratar con los métodos cognitivos estándar, mientras el terapeuta incluye estrategias para superar la característica evitación que de otro modo podría causar bloqueos en el tratamiento.

También pueden acompañar al TPE trastornos somatoformes y disociativos, aunque esto último es menos común. Los trastornos somatoformes aparecen en virtud del beneficio secundario de justificar la evitación social. Los trastornos disociativos se producen cuando las pautas de evitación cognitiva y emocional del paciente son tan extremas que experimenta una perturbación de la identidad, la memoria o la conciencia.

Conceptualización

Los pacientes con TPE desean acercarse a otras personas, pero por lo general tienen pocas relaciones sociales, en particular pocas relaciones íntimas. Temen iniciarlas o responder a la iniciativa de otros que quieren relacionarse con ellos, porque están seguros del rechazo final. Ese rechazo les parece insoportable. Por lo general, su evitación social es manifiesta. Menos obvia es su evitación cognitiva y emocional — evitan pensar en las cosas que les hacen sentirse disfóricos.

La baja tolerancia a la disforia también les lleva a distraerse conductualmente de sus cogniciones negativas. En esta sección se explicará la evitación social, conductual, cognitiva y emocional desde una perspectiva cognitiva.

Esquemas de evitación social

Los pacientes evitativos tienen varias creencias o esquemas disfuncionales antiguos que interfieren en su funcionamiento social. Esas creencias pueden no haber sido totalmente expresadas, pero reflejan la comprensión que tiene el paciente de sí mismo y de los demás. De niño, quizás haya habido una persona significativa (padre o madre, hermano, par) que les criticaba y los rechazaba. A partir de las interacciones con dicha persona desarrollaron ciertos esquemas sobre sí mismos («Soy inadecuado», «Soy defectuoso», «No gusto», «Soy diferente», «No encajo»), y sobre los demás («A la gente no le importo», «La gente me rechazará»). Pero no todos los niños cuyos otros significativos son críticos y les rechazan se convierten en evitativos. El evitativo ha debido establecer ciertos supuestos para explicar las interacciones negativas: «Tengo que ser una mala persona para que mi madre me trate así»; «Debo ser diferente o defectuoso; por eso no tengo amigos», «Si no les gusto a mis padres, ¿cómo les podría gustar a otras personas?».

Miedo al rechazo

De niños, y más tarde como adultos, los pacientes evitativos cometen el error de suponer que todos reaccionarán de la misma manera negativa que el otro significativo que los criticaba. Continuamente temen que se descubran que son defectuosos y los rechacen.

Tienen miedo de no soportar la disforia que creen que les provocará el rechazo, de modo que evitan las relaciones y situaciones sociales, a veces limitando severamente sus vidas para no sufrir el dolor (a su juicio inevitable) de sentirse rechazados.

Esta previsión del rechazo causa una disforia que en y por sí misma es

extremadamente penosa. Pero la perspectiva del rechazo es sumamente dolorosa porque el evitativo considera justificadas las reacciones negativas de los otros. Interpreta el rechazo de un modo muy personal, como provocado exclusivamente por sus carencias personales: «Me rechazó porque soy inadecuado», «Si él piensa que no soy inteligente (atractivo, etcétera), debe de ser así». Las atribuciones son generadas por los autoesquemas negativos y, a su vez, refuerzan esas creencias disfuncionales, después de lo cual el paciente se siente aún más inadecuado y sin esperanzas. Entonces trata de evitar la disforia producida por la previsión del rechazo y las autoatribuciones de inadecuación, sustrayéndose a las relaciones.

Autocrítica

Los evitativos suelen tener una cadena de pensamientos autocríticos automáticos, tanto en las situaciones sociales como cuando piensan en futuros encuentros. Esos pensamientos producen disforia, pero pocas veces son sometidos a evaluación, pues los pacientes dan por seguro que son exactos. Surgen de los esquemas negativos antes descritos. Las cogniciones negativas típicas son «No soy atractivo», «Soy aburrido», «Soy estúpido», «Soy un perdedor», «Soy patético», «No encajo».

Además, tanto antes como durante los encuentros sociales, el paciente evitativo tiene una corriente de pensamientos automáticos que predicen una dirección negativa para lo que sucederá: «No tengo de qué hablar», «Me voy a poner en ridículo», «No le gustaré», «Me criticará». Al principio, el paciente puede tener o no una completa conciencia de esos pensamientos: experimenta sobre todo la disforia que le producen. Incluso cuando reconoce sus cogniciones, las acepta como válidas sin ponerlas a prueba.

Su método para tratar la disforia es la evitación. Evita activamente las situaciones que cree que le provocarán cogniciones negativas y disforia.

Supuestos subyacentes sobre las relaciones

Los esquemas de los pacientes evitativos también dan origen a supuestos disfuncionales sobre las relaciones. Suelen creen que no pueden gustarle a nadie, pero que si ocultan sus verdaderas personalidades engañarán a los demás, por lo menos un poco o durante un tiempo. Desde luego, es preciso que nadie te acerque lo bastante como para descubrir lo que ellos «saben» sobre sí mismos: que son inadecuados, diferentes, y así sucesivamente. Los supuestos subyacentes típicos son «Debo ocultarme tras una fachada para gustar», «Si me conocieran, no les gustaría», «En cuanto me conozcan, se darán cuenta de que soy inferior», «Es peligroso que la gente se me acerque demasiado y vea lo que soy realmente».

Cuando establecen una relación con alguien, los evitativos tienen supuestos sobre lo que deben hacer para preservar la amistad. Se retraen para evitar confrontaciones y no son asertivos. Los supuestos típicos son «Tengo que resultarle agradable en todo momento», «Le gustaré sólo si hago lo que quiere», «No sé decir que no». Quizá se sienta permanentemente al borde del rechazo: «Si cometo un error, va a cambiar de idea y empezará a verme de modo negativo», «Si le desagrado de algún modo, pondrá fin a nuestra amistad», «Advertirá cualquier imperfección mía y me rechazará».

Evaluación incorrecta de las reacciones de los demás

Los pacientes tienen dificultades para evaluar las reacciones de los otros. Quizás interpreten una reacción neutra o positiva como negativa. Tal vez busquen reacciones positivas incluso en personas que no tienen importancia en sus vidas, como empleados de tiendas o choferes de autobús; le atribuyen una gran significación a que nadie piense mal de ellos, debido a su creencia de que «Si alguien me juzga negativamente, la crítica tiene que ser justa». Les parece peligrosa cualquier posición en la que puedan ser evaluados, porque las reacciones negativas o incluso neutras de las otras personas confirman su propia creencia de que son defectuosos y no le gustan a nadie. Carecen de criterios interiores para juzgarse a sí mismos de manera positiva: se basan exclusivamente en la percepción que tienen del juicio de otros.

Exclusión de los datos positivos

Aun cuando se le presentan pruebas, incontrovertibles para otros, de que es aceptado o de que gusta, el paciente evitativo las descarta. Cree que el juicio que determinada persona tiene sobre él es equivocado, que le falta la información necesaria para conocerle realmente o que él la ha engañado.

Pensamientos automáticos típicos son «Cree que soy listo; lo que ocurre es que le he engañado», «Si me conociera realmente, no le gustaría», «Al final va a tener que descubrir que no soy tan guapo».

Caso ilustrativo

Jane era un ejemplo de estos pacientes. La había criado una madre alcohólica con un trastorno límite de la personalidad, que la maltrataba verbal y físicamente. De niña, Jane justificaba el trato abusivo de su madre con la creencia de que ella (la paciente) debía de ser una persona intrínsecamente indigna. Ni siquiera podía recurrir como explicación a su mala conducta, pues en realidad se comportaba muy bien y

trataba desesperadamente de agradar a su madre. Por lo tanto, Jane llegó a la conclusión de que en el fondo de su corazón era mala. (Nunca había pensado que el maltrato podía deberse a problemas interiores de la propia madre). Como adulta de cerca de treinta años, Jane todavía preveía el rechazo cuando se descubriera que era intrínsecamente indigna y mala.

Antes de cada encuentro social, Jane tenía una multitud de pensamientos automáticos. Era muy autocrítica y estaba segura de que no iba a ser aceptada. Pensaba que no iba a gustar, que la verían como a una perdedora y que no sabría de qué hablar. Para Jane era muy importante que toda persona que conocía respondiera a ella positivamente. La perturbaba que alguien, aunque fuera en el encuentro más fugaz, reaccionara (según ella lo percibía) de modo negativo o neutro. Si un vendedor de periódicos dejaba de sonreírle, o en un negocio la trataban con un mínimo de sequedad, de inmediato pensaba que ello se debía a que era de algún modo indigna y no le gustaba a nadie, lo cual la entristecía muchísimo. Aunque recibiera retroalimentación positiva de un amigo, la descartaba. En tal caso creía haber presentado sólo una fachada, y que su amigo cortaría la relación en cuanto descubriera lo que ella era realmente. En consecuencia, Jane tenía pocos amigos, y ninguno íntimo.

La evitación cognitiva, conductual y emocional

Además de la evitación social, la mayoría de los pacientes evitativos también presentan una evitación cognitiva, conductual y emocional.

Evitan *pensar* sobre temas que les producen disforia, y actúan de modos que les permiten prolongar esa evitación. Se produce una pauta típica.

El paciente toma conciencia de un sentimiento disfórico (advierta o no advierta plenamente los pensamientos que precedieron b acompañan a la emoción). Su tolerancia a la disforia es baja, de modo que busca algún remedio rápido para distraerse y sentirse mejor. Quizás interrumpa una tarea o no la inicie aunque haya planeado hacerlo. Puede ser que encienda la televisión, busque algo para leer, comida o un cigarrillo, que camine un poco, y así Sucesivamente. En síntesis, se procura una distracción para expulsar de su mente los pensamientos incómodos. Esa pauta de evitación cognitiva y conductual, reforzada por una reducción de la disforia, finalmente queda grabada y se vuelve automática.

Los pacientes tienen conciencia (por lo menos en alguna medida) de su evitación conductual. Invariablemente se critican en términos globales estables: «Soy perezoso», «Me resisto», «Soy un pasivo-agresivo». Estos pronunciamientos refuerzan sus creencias acerca de la propia inadecuación y sus defectos, y conducen a la desesperanza.

No se dan cuenta de que la evitación es el modo que tienen de lidiar con las

emociones incómodas. Por lo general no tienen conciencia de su evitación cognitiva y conductual hasta que se les haga patente esa pauta con claridad.

Las actitudes respecto de la experiencia disfórica

Los pacientes evitativos presentan a veces ciertas actitudes disfuncionales respecto de la experiencia de emociones disfóricas: «Es malo sentirse mal», «No debería sentirme ansioso», «Siempre debo sentirme bien», «Los demás muy pocas veces se asustan o se sienten mal o perturbados». Los pacientes evitativos creen que si se permiten sentirse disfóricos, el sentimiento los engullirá y nunca podrán recobrarse: «Si les doy vía libre a mis sentimientos, quedaré abrumado», «Si empiezo a sentirme un poco ansioso, me hundiré», «Si empiezo a sentirme abatido, perderé el control y no podré funcionar». A diferencia de los anoréxicos, que temen las consecuencias conductuales de la pérdida del control (comer en exceso), los evitativos tienen miedo a la emoción abrumadora que prevén sentir si lo llegan a perder.

Temen quedar empantanados en la disforia y sentirse mal para siempre.

Excusas y racionalizaciones

Los pacientes evitativos tienen un fuerte deseo de alcanzar la meta a largo plazo de establecer relaciones estrechas. En tal sentido difieren de los esquizoides, para quienes la falta de intimidad con los demás es egosintónica. Los pacientes evitativos se sienten vacíos y solos; quieren cambiar sus vidas, hacer amigos más íntimos, conseguir un mejor empleo, y así sucesivamente. Por lo general saben qué tienen que hacer para realizar sus deseos, pero el coste inmediato en emociones negativas les parece demasiado alto. Encuentran una multitud de excusas a fin de no hacer lo necesario para alcanzar sus metas: «No me va a gustar hacerlo», «Estoy demasiado cansado», «Si lo hago me sentiré peor (más ansioso, aburrido, etcétera)», «Lo haré más adelante», «No tengo ganas de hacerlo ahora». Cuando el «más adelante» llega, invariablemente vuelven a dar las mismas excusas, continuando con la evitación conductual. Por otra parte, el paciente evitativo no se cree realmente capaz de alcanzar sus metas. Tiene ciertos supuestos: «No hay nada que pueda hacer para cambiar mi situación», «¿Para qué intentarlo? De todos modos no lo podré hacer», «Más vale fracasar por omisión que hacer la prueba y fallar de todos modos».

La fantasía de la realización de los deseos

Los pacientes evitativos fantasean sobre su futuro. Creen que algún día caerá del

cielo la relación perfecta o el empleo inmejorable, sin que ellos realicen ni un mínimo esfuerzo. De hecho, suelen pensar que no pueden alcanzar sus metas por su propio esfuerzo: «Algún día me despertaré y todo estará bien», «Yo mismo no puedo hacer nada para mejorar mi vida», «Las cosas mejorarán, pero no por obra mía». En esto los evitativos difieren de los obsesivos, que en realidad no creen que nunca llegarán a liberarse de sus dificultades.

Caso ilustrativo

Jane, la paciente a la que ya nos hemos referido, trabajaba en un nivel profesional que estaba por debajo de sus capacidades. No obstante, evitaba dar los pasos que podrían llevarla a ocupar una posición mejor: hablar con el jefe de un ascenso, explorar otras oportunidades de empleo, hacer circular su *curriculum*. Se aferraba a la esperanza de que sucedería algo que la sacaría de su situación. También a la terapia llevaba una actitud de ese tipo.

Confiaba en que el terapeuta iba a «curarla» sin necesidad de que ella hiciera ningún esfuerzo; creía que la «cura» tenía que llegarle de afuera, puesto que ella era completamente ineficaz para realizar cambios por sí misma.

Resumen de la conceptualización

De modo que los pacientes evitativos tienen profundas creencias negativas sobre sí mismos, cuyo origen probable está en la infancia, cuando las interacciones con personas significativas rechazadoras y críticas les llevaron a verse como inadecuados y carentes de valor. En lo social, evitan las situaciones en las que otras personas intiman y descubren su «ser real».

En cuanto a la conducta, evitan las tareas capaces de provocarles sentimientos incómodos. En el plano cognitivo, evitan pensar en temas que producen disforia. Su tolerancia a la incomodidad es muy baja, y recurren a «remedios rápidos» siempre que empiezan a sentirse ansiosos, tristes o aburridos. No están contentos con la vida que llevan, pero se sienten incapaces de cambiar por sí mismos.

Enfoques del tratamiento

Cuestiones de confianza

Lo mismo que con la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad, la relación terapéutica en sí misma se convierte con los evitativos en un fértil campo para la puesta a prueba de los pensamientos, supuestos y esquemas disfuncionales. Pero, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos de la personalidad (por ejemplo, el límite o el paranoide), en los que la cuestión de la confianza gira en torno del miedo a que el terapeuta haga daño, los evitativos desconfían del interés del terapeuta, que no les parece auténtico, y además temen el rechazo. Suelen tener una multitud de cogniciones negativas sobre la relación terapéutica, lo mismo que sobre las otras relaciones. El proceso de identificar y poner a prueba esos pensamientos disfuncionales durante la terapia sirve como modelo para hacer lo mismo en la vida cotidiana.

Incluso cuando los pacientes evitativos tienen conciencia de sus pensamientos automáticos sobre el terapeuta y la relación, al principio no suelen estar dispuestos a revelarlos. A menudo infieren críticas («Usted seguramente pensará que no hice bien el trabajo») y desaprobación («Seguramente le disgusta que yo llore así»). También descartan las expresiones directas de la aprobación o el interés del terapeuta: «Yo le gusto sólo porque usted es un terapeuta y está entrenado para que le guste todo el mundo», «Quizás usted piense que ahora soy una persona como tiene que ser, pero si le hablara sobre mi relación con mi madre le disgustaría».

Estos pensamientos automáticos se pueden sacar a luz cuando el paciente demuestra un cambio de afecto («¿Qué le pasa por la cabeza en este momento?»), en medio de una discusión («¿Trata de imaginar lo que yo siento o pienso ahora?»), o hacia el final de la sesión («¿En algún momento de esta sesión se dio cuenta de que me estaba leyendo el pensamiento? ¿Quizá cuando examinamos su dificultad para completar el trabajo de hoy?»).

Una vez expresados, los pensamientos automáticos se pueden evaluar de diversos modos. Al principio el terapeuta puede revelar directamente lo que está pensando, y ayudar al paciente a descubrir cómo se equivoca también con otras personas. Es útil que el paciente califique el grado en que cree en la retroalimentación del terapeuta en una escala del 0 al 100 por ciento, y observar los cambios en esa calificación a medida que crece la confianza en el terapeuta. Después de varias de tales expresiones directas, se alienta al paciente a evaluar sus cogniciones negativas sobre la relación terapéutica a la luz de esas experiencias pasadas con el terapeuta («¿Recuerda cómo reaccioné la última vez que usted no realizó el trabajo?»). El paciente puede también poner a prueba sus pensamientos automáticos con pequeños experimentos. Como lo demuestra el ejemplo siguiente, se le puede pedir que relate parte del algún acontecimiento que a su juicio el terapeuta considerará inaceptable, para evaluar la

validez de esa creencia en pequeñas etapas.

Una paciente estaba segura de que el terapeuta se disgustaría porque ella había iniciado una relación extraconyugal. El fragmento siguiente muestra de qué modo trabajó con el terapeuta sobre él pensamiento automático, y después pasó a identificar y evaluar el supuesto sobre la relación terapéutica.

Paciente: No le puedo contar esto.

Terapeuta: ¿Qué piensa que sucederá si me lo cuenta?

Paciente: Usted no querrá volver a verme.

Terapeuta: ¿Y qué cree que ocurrirá si no me lo cuenta?

Paciente: Que usted se interesará por mí sólo porque no sabe lo que he hecho.

Terapeuta: ¿Imagina algunas otras posibles respuestas mías?

(*Durante algunos minutos, paciente y terapeuta consideran este tema; sobre la base de su experiencia en el tratamiento, la paciente decide que quizás el terapeuta no reaccionará con un rechazo, aunque le cuesta imaginarlo. Se ponen de acuerdo en hacer la prueba: la paciente irá cediendo información en pequeños pasos*).

Paciente: Bien, usted sabe que no he sido feliz en mi matrimonio.

Terapeuta: Sí.

Paciente: Bien, disfruto más del tiempo que paso con Mark en el trabajo que del que paso con mi esposo.

Terapeuta: Dígame qué es lo que le gusta en ese tiempo que pasa con Mark.

(*Poco a poco, la paciente revela su romance, y después empieza a llorar*).

Paciente: Ahora ya sabe que no soy la buena persona que usted pensaba.

Terapeuta: ¿Así que usted está convencida de que juzgo su relación con Mark en términos absolutos, viéndola a usted como una persona buena o mala?

Paciente: (pausa) Sí. ¿No lo hace? (*El llanto cede*).

Terapeuta: Bien, ése sería un modo de ver las cosas. ¿Es así como las ve usted?

Paciente: Sí, por supuesto.

Terapeuta: ¿Ninguna amiga suya ha tenido un amante?

Paciente (pausa): Sí, mi amiga Ann.

Terapeuta: ¿Y usted sólo la juzga en términos morales?

Paciente: No. Creo que comprendo por qué lo hizo. Era muy desdichada…

En este ejemplo y en el diálogo que siguió el terapeuta ayudó a la paciente a reconocer que tenía un pensamiento dicotómico respecto de su aventura amorosa, y que preveía que el terapeuta iba a pensar de la misma manera. Recordando sus propias reacciones a la conducta análoga de una amiga, la paciente llegó a ver que esas conductas son complejas. El terapeuta le subrayó que Ann seguía importándole, aunque la paciente pensaba que tener una aventura no era lo mejor que su amiga podía haber hecho con su infelicidad. De modo análogo, ella podía seguir importándole al terapeuta, con independencia de que éste pensara que tener un romance había sido adecuado o no.

Al final de la sesión, el terapeuta señaló un tema similar de una sesión anterior, durante la cual habían descubierto una «regla» de su familia de origen: «Desafiar las convenciones lleva al rechazo». La paciente pudo ver que algunas personas la rechazarían por tener un amante, pero otras no.

Como los pacientes evitativos son reticentes a relatar cosas que les parece que harían que el terapeuta pensara mal de ellos, conviene preguntarles a veces si no tienen miedo de revelar algo. A menos que el paciente dé expresión a estos temas reprimidos, continuará creyendo que el terapeuta lo rechazaría (o por lo menos, que lo vería negativamente) si tuviera la información pertinente, como se advierte en el siguiente ejemplo.

Terapeuta: Desde nuestra primera sesión, hemos llegado a conocernos mucho mejor. ¿Hay algo que tema decirme?

Paciente: No estoy segura.

Terapeuta: Algunos pacientes temen decirle algo al terapeuta, sobre todo si piensan que les hará quedar mal. ¿Es éste su caso?

Paciente: Sí. Hay algo… Pero no quiero que hablemos de eso.

Terapeuta: ¿Cómo cree que reaccionaré si me lo cuenta?

Paciente: Pensará que soy horrible.

Terapeuta y paciente discutieron entonces otras reacciones alternativas, sobre la base de las experiencias pasadas de la relación terapéutica. La paciente reveló un abuso sexual infantil, la terapeuta describió con franqueza su propia reacción en ese momento y juntas examinaron el carácter infundado del temor inicial.

Los evitativos suelen dar por sentado que cuando han establecido una relación tienen que tratar incesantemente de agradar a la otra persona. Creen que si exponen abiertamente sus deseos, el otro tendrá que cortar el vínculo. En la terapia, esto puede llevar a una conformidad extrema y a que nunca se responda al terapeuta con retroalimentación negativa.

Un modo de alentar la asertividad en la terapia consiste en emplear un formulario de retroalimentación para el terapeuta, que se llena después de las sesiones. El paciente califica al terapeuta en una lista de cualidades referidas a procesos (por ejemplo, «Hoy el terapeuta me escuchó y pareció comprenderme») y contenidos (por ejemplo, «El terapeuta me explicó la tarea con suficiente claridad»). En la sesión siguiente, el terapeuta revisa las calificaciones, deteniéndose en las que son relativamente bajas. Como asume una posición no defensiva, y discute los cambios posibles en el proceso y el contenido de las sesiones, recompensa al paciente por las críticas asertivas, corrige lo que ha sido un motivo de queja legítima y demuestra el potencial de cambio de las relaciones. Más tarde se estimula al paciente a proporcionar más retroalimentación verbal directa. Se pueden diseñar experimentos para la práctica de la asertividad dentro de otras relaciones. Las tareas de dramatización (*role playing*) y evocación guiada de imágenes son muy útiles como preparación para la asertividad *in vivo*.

Intervenciones específicas

Los enfoques estándar de terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Emery con Greenberg, 1985) son útiles para ayudar a estos pacientes a manejar la depresión, la ansiedad, las crisis de angustia, las fobias y el insomnio. El método socrático y las técnicas conductuales escritas para poner a prueba los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes les ayudan a empezar a contrarrestar la autocrítica, las previsiones negativas, los supuestos inadaptados sobre las relaciones y la evaluación incorrecta de las reacciones de los demás.

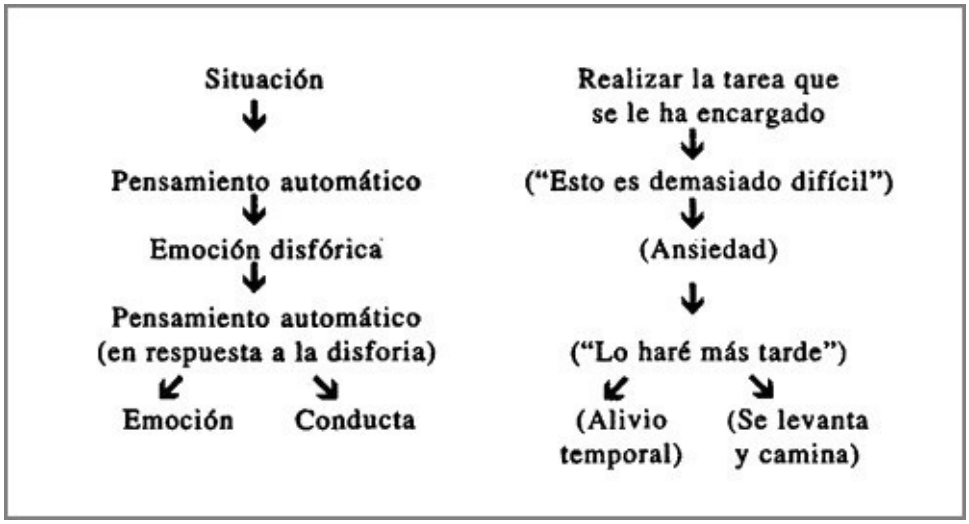
Ciertas técnicas especiales, detalladas *infra*, ayudan a estos pacientes a superar la evitación cognitiva y emocional que de otro modo obstaculizan estos enfoques estándar.

La superación de la evitación cognitiva y emocional

Aunque los pacientes con TPE experimentan toda una gama de estados de ánimo disfóricos, no es deseable ni posible enseñarles simplemente a eliminar la depresión y la ansiedad. Una de las complicaciones que perjudican el tratamiento es que el evitativo trata de no pensar en lo que le causa emociones desagradables. Como ya hemos dicho, también tiene muchos supuestos negativos sobre la experiencia de emociones negativas. Puesto que la terapia cognitiva requiere que el paciente experimente esas emociones y registre los pensamientos e imágenes que acompañan a las diversas experiencias emocionales, esa evitación cognitiva y emocional resulta a veces un serio impedimento para el tratamiento.

Los pacientes evitativos no sólo evitan experimentar las emociones negativas entre sesiones (por ejemplo, suele ocurrir que no inicien o completen las tareas), sino que también eluden la disforia en el curso de la sesión de terapia (por ejemplo, no comunican pensamientos negativos, o cambian de tema). Es deseable diagramar el proceso de la evitación para que el paciente examine el modo como se produce y cómo puede él intervenir para detenerlo. En la figura 12.1 presentamos un ejemplo típico; el paciente debe ser alentado a descubrir pautas similares día tras día. Cuando es posible, resulta útil replantear ciertas ideas que tiene sobre sí mismo, como la de que es «perezoso» o «resistente» (características que parecen más difíciles de modificar). Al evaluarse a la luz del diagrama, el paciente comprende en cambio que evita las situaciones en las que tiene pensamientos automáticos y que le provocan disforia. El terapeuta y el paciente pueden evaluar juntos esas cogniciones negativas y acrecentar la tolerancia del paciente a las emociones que lo perturban.

FIGURA 12.1. ***El proceso de la evitación: un ejemplo***



Antes de embarcarse en el proceso de aumentar esa tolerancia, conviene proporcionar una justificación racional. Mediante la interrogación socrática, los pacientes confirman las desventajas de la evitación —por ejemplo, la improbabilidad de que alcancen sus metas y de que, al excluir las emociones negativas, experimenten plenamente las positivas.

Cuando es posible, terapeuta y paciente exploran el origen de la evitación de la disforia. A menudo esa evitación se ha iniciado en la niñez, cuando el paciente era sin duda más vulnerable y menos capaz de superar los sentimientos desagradables.

Uno de los mejores modos de empezar a aumentar la tolerancia emocional consiste en evocar emociones en la sesión, discutiendo las experiencias que los pacientes dicen que les provocan malestar. Cuando empiezan a reaccionar con intensidad, quizás aparece algo de evitación cognitiva (el paciente cambia de tema, se pone de pie y camina, tiene la mente «en blanco»). El terapeuta vuelve a los

sentimientos, para identificar y poner a prueba las creencias que conducen a la evitación. Un fragmento de terapia (Padesky y Beck, 1988, pág. 124) ilustra este proceso.

Paciente (en medio de un ejercicio de evocación de imágenes): No quiero seguir hablando de esto.

Terapeuta: ¿Qué siente ahora?

Paciente: Me siento deprimida…, y asustada. Realmente asustada.

Terapeuta: ¿Qué cree que ocurrirá si se sigue sintiendo así?

Paciente: Me volveré loca. Mi caso no tiene remedio.

Terapeuta: Como hemos visto antes, esos sentimientos que usted evita pueden aportarnos alguna información útil. Trate de permanecer con ellos por el momento. Siga imaginando que le habla a su esposo sobre su infelicidad. Dígame lo que ocurre. (*Larga pausa*).

Paciente (entre sollozos): Me dejará. Soy una persona perversa por hacerle tan desdichado. Mis hijos sufrirán el desastre, y yo tengo la culpa.

En este fragmento de sesión, el terapeuta ayudó a la paciente a tomar conciencia de sus pensamientos e imágenes angustiosos, y a «permanecer con ellos». Al mismo tiempo, ella pudo poner a prueba su creencia de que «enloquecería» y perdería el control si se permitía experimentar emociones fuertes. El terapeuta le recordó su predicación y le dio tiempo para que reflexionara acerca de que había experimentado emociones fuertes sin que nunca hubiera perdido realmente el control.

Quizá se necesiten reiteradas experiencias de este tipo para cultivar la tolerancia a la disforia y disolver las creencias disfuncionales sobre la experiencia de emociones desagradables. A fin de desensibilizar al paciente, se puede establecer una jerarquía de los temas cada vez más penosos que se discutirán en la terapia. El terapeuta saca a luz lo que el paciente prevé y teme que suceda antes de pasar a discutir cada tema sucesivo, pone a prueba las predicciones y acumula datos que refutan las creencias falsas (por ejemplo, «Discutir será demasiado penoso», «Si empiezo a sentirme mal, nunca me libraré de ese sentimiento», etcétera). Otro recurso es que el paciente establezca una jerarquía análoga para lo que se le encarga hacer fuera del consultorio, también a fin de acrecentar la tolerancia a las emociones negativas. A estos encargos se los puede denominar «práctica de la disforia» o «actividades antievitación». En ellos se emprenden ciertas conductas («Trabaje en su tesis durante 30 minutos sin interrupciones») o una reflexión estructurada («Piense en decirle a su jefe que quiere más tiempo libre»). También en este caso es útil que los pacientes prevean lo que temen que ocurrirá si realizan una actividad asignada, y que pongan a prueba esas

ideas y las modifiquen.

A los pacientes evitativos suele resultarles difícil la tarea de identificar sus pensamientos automáticos como tarea para la casa (o incluso en la misma sesión de terapia). Les ayuda a conseguirlo imaginar y describir minuciosamente una situación como si se estuviera produciendo en el consultorio. Una segunda técnica aplicable a veces parte de la dramatización: el paciente se interpreta a sí mismo, y el terapeuta asume el rol de la otra persona involucrada en una situación específica. Mientras se revive una situación perturbadora, se instruye al paciente para que trate de captar los pensamientos automáticos. Si estas técnicas más estándar no dan resultado, el terapeuta hace una lista de pensamientos hipotéticos, basada en los pensamientos y creencias específicos identificados previamente, y en la conceptualización que el terapeuta hace del paciente. Se le pide a éste que repase la lista, señalando los pensamientos que efectivamente ha tenido en la situación. En el futuro podrá usar esa lista para identificar las cogniciones mientras aún se encuentra en una situación que le provoca malestar.

Con los pacientes capaces de identificar sus pensamientos pero que no cumplen con las tareas, es útil usar la evocación de imágenes para el ensayo y la planificación fuera de las sesiones, como lo ilustra el ejemplo siguiente.

Terapeuta: Hemos acordado que va a ir a la biblioteca mañana al mediodía para trabajar en la reseña de literatura destinada a su tesis. Me gustaría que ahora se imagine a sí mismo unos minutos antes del mediodía y vea si hay algo que le obstruye el camino en esa tarea.

Paciente (pausa): Muy bien. Estoy en mi casa, preparando los libros, y pienso «Iré más tarde».

Terapeuta: ¿Cómo va a responder a ese pensamiento?

Paciente: No lo sé. Es probable que no le responda. Quizá deje los libros y no vaya.

Terapeuta: ¿No le ayudará la idea de lograr la meta de completar la tesis?

Paciente: No.

Terapeuta: ¿Qué podría usted hacer o decir para que aumenten las probabilidades de que vaya?

Paciente: Podría leer la ficha que escribimos hoy, que me recuerda que cada vez que evito fortalezco mis hábitos disfuncionales, y cada vez que voy hasta el final con mis planes, fortalezco mis hábitos nuevos y mejores.

Terapeuta: Muy bien. Imagínese empezando a dejar sus libros y tomando la ficha. ¿Qué sucede a continuación?

(*El paciente describe el proceso de iniciar y completar el trabajo, con una*

interferencia prevista de pensamientos automáticos específicos. Juntos elaboran respuestas racionales para cada pensamiento).

Si es necesario, el terapeuta emplea en ese momento un enfoque de contrapunto. Primero, el paciente aduce con su voz «emocional» las razones por las que no tiene que realizar el encargo, mientras el terapeuta responde (y modela) con voz «antievitación». A continuación cambian de roles, para que el paciente practique el empleo de respuestas antievitación. Finalmente, el paciente escribe sus pensamientos automáticos previstos en una ficha de cartulina, y las respuestas antievitación, con sus propias palabras, al dorso. Después lee esas fichas todos los días, sobre todo antes de abordar una tarea que es probable que evite.

Las experiencias en las sesiones de terapia y entre ellas del tipo de las que hemos descrito, ayudan a los pacientes a identificar pensamientos disfóricos y a tolerar los pensamientos negativos. A medida que esa tolerancia aumenta, el paciente empieza a relacionarse de otro modo con los miembros de la familia (por ejemplo, se vuelve más asertivo). Quizá también experimente una tristeza, un temor o una cólera más intensos, mientras surgen en su conciencia recuerdos y reacciones evitados durante muchos años. En este punto es útil enseñarle enfoques cognitivos y conductuales para manejar esos estados de ánimo.

El terapeuta señala que incluso aunque el paciente ya comprenda la importancia de los pensamientos negativos y esté dispuesto a tolerarlos, no es necesario o deseable experimentar constantemente sentimientos intensos. Se instruye al paciente para que lleve un diario de sus pensamientos y sentimientos cuando se producen, y después emplee la reestructuración cognitiva a fin de corregir las distorsiones. Si todavía no ha aprendido los métodos de la reestructuración cognitiva para evaluar y corregir las creencias distorsionadas, puede usar la distracción después de consignar por escrito sentimientos y pensamientos, y llevar el diario a las sesiones para que el terapeuta lo ayude a poner a prueba sus cogniciones.

En este punto puede ser útil hacer terapia de pareja o de familia, si el paciente tiene una relación o vive con sus padres. Las sesiones de terapia proporcionan un ámbito «seguro» para poner a prueba la validez de las creencias y pensamientos correspondientes.

Una paciente, por ejemplo, temía que su esposo hubiera estado enojado durante cierto tiempo porque ella no trabajaba fuera de casa. En una de las sesiones con el matrimonio, el terapeuta la alentó a poner en discusión el tema. Ella lo hizo, y entonces comprobó que su creencia era errónea. En el curso de la sesión, el esposo reveló otras situaciones que le molestaban; las dificultades de ambos fueron superadas con una resolución conjunta de los problemas.

La terapia de pareja o familiar también puede ser indicada cuando las pautas evitativas tienen el respaldo del sistema social del paciente.

Por ejemplo, el esposo de otra paciente tenía sus propios supuestos negativos

sobre la expresión de la emoción («Expresar los propios sentimientos produce conflicto y daños irreparables»). La terapia con la familia ayuda a abordar los supuestos disfuncionales de todos los miembros, y proporciona un ámbito para enseñar habilidades constructivas de comunicación y solución de problemas (por ejemplo, Beck, 1988).

Enseñanza de habilidades

A veces los pacientes con TPE tienen un déficit de habilidades debido a la pobreza de sus experiencias sociales. En estos casos hay que incluir en la terapia ejercicios de entrenamiento en habilidades, para que el paciente tenga una probabilidad razonable de éxito en las interacciones sociales creadas con el fin de poner a prueba sus creencias disfuncionales.

Con algunos pacientes, el entrenamiento en habilidades sociales se inicia con señales no verbales (por ejemplo, contacto ocular, postura y sonrisa), que pueden practicarse en las sesiones de terapia, en el hogar y después en situaciones sociales de bajo riesgo. Algunos pacientes con experiencia social escasa necesitan información educativa para evaluar con más exactitud lo que les ocurre (por ejemplo, «Si espera hasta el último momento para concertar salidas los fines de semana, la mayoría de sus amigos ya estarán comprometidos»). Un entrenamiento más avanzado en habilidades sociales incluye instrucciones sobre los métodos de conversación, la asertividad, la sexualidad y el manejo de conflictos. Las creencias negativas de los pacientes sobre sí mismos suelen obstaculizar la puesta a prueba de las nuevas habilidades adquiridas. Entonces se los alienta a actuar «como si» poseyeran una cierta capacidad. Por ejemplo, una paciente pensaba «No sabré conversar en la reunión. No tengo suficiente confianza en mí misma». Se la alentó a actuar cono si se tuviera confianza; descubrió que podía participar adecuadamente en la conversación. Durante el entrenamiento en habilidades conductuales es esencial suscitar pensamientos automáticos, sobre todo aquellos con los que el paciente descalifica sus progresos o el entrenamiento en sí: «Estos ejercicios me enseñan a engañar a la gente para que no se dé cuenta de mi inadecuación», «Hay que ser un verdadero perdedor para tener que aprender a hablar a esta edad». A continuación terapeuta y paciente trabajarán juntos para poner a prueba la validez y utilidad de estas creencias.

Identificación y puesta a prueba de los esquemas mal adaptados

Una parte importante de la terapia consiste en ayudar al paciente a identificar y poner a prueba los cimientos cognitivos de sus pautas evitativas. Para hacerlo, primero terapeuta y paciente llegan a una comprensión de las raíces evolutivas de los

esquemas negativos. A continuación, estos esquemas se ponen a prueba con experimentos predicativos, observación guiada y dramatizaciones de los incidentes tempranos relacionados con tales creencias. Por último, se orienta al paciente para que advierta y recuerde datos que desmienten dichos esquemas con respecto a él y sus experiencias sociales. El caso que resumimos a continuación ilustra estos puntos.

A la edad de 24 años, Peter nunca había salido con chicas, y su único amigo era su hermano. Después de casi un año de terapia, durante el cual aprendió reestructuración cognitiva y habilidades sociales básicas e incluso logró iniciar una relación estable con una mujer que conoció en el trabajo, seguía aferrado al esquema negativo de «No puedo gustarle a nadie».

El terapeuta y Peter acordaron concentrarse en poner a prueba la validez de esta creencia, que parecía el tema nuclear de sus pensamientos automáticos negativos. Primero, el terapeuta lo ayudó a comprender y revisar los orígenes de este esquema en su desarrollo. Él se había considerado incapaz de gustar desde que podía recordar, y su padre subrayaba abusivamente esa conclusión gritándole con frecuencia: «No eres un buen hijo. ¡Ojalá no hubieras nacido! ¡No hay nada que me guste de ti!».

Un método poderoso, utilizable cuando el paciente recuerda esas vividas escenas infantiles, es un psicodrama diádico. Primero Peter se representó a sí mismo y el terapeuta actuó como el padre. Le pidió a Peter que reexperimentará los sentimientos de la infancia como si tuviera 4 años, y que después los describiera. A continuación Peter actuó como el padre, y el terapeuta interpretó el papel del paciente a los 4 años. También en este caso Peter describió su experiencia emocional y cognitiva.

Peter pudo empatizar con el padre y reconocer la depresión y frustración de ese hombre, que se encontraba sin trabajo y tenía que mantener a cinco hijos pequeños. Por primera vez, Peter comprendió que el padre sentía ira contra sí mismo, más que contra su hijo. Con lágrimas en los ojos, Peter dijo: «Mi padre había sido golpeado por el suyo, y no sabía amar».

Después de haber logrado una mayor comprensión de la situación global, el paciente pudo reflexionar que tal vez no había sido tan incapaz de gustar como decía su padre. Un tercer psicodrama le permitió «probar» ese nuevo punto de vista. Primero el terapeuta y Peter examinaron de qué modo un adulto menos deprimido y colérico podría haber confrontado al pequeño Peter y contrarrestado el ataque del padre. El terapeuta le pidió que pensara en el hijito de 5 años de un vecino, para recordar cómo actúan los niños pequeños y su nivel de responsabilidad ante los problemas familiares. Peter tenía que volver a tener 4 años, pero esta vez se defendería asertivamente:

Padre (interpretado por el terapeuta): ¡No eres un buen hijo!
¡Ojalá no hubieras nacido! ¡No hay nada que me guste de ti!

Peter: ¡No digas eso, papá! ¿Por qué estás tan enojado?

Padre: ¡Estoy enojado porque eres un mal hijo!

Peter: ¿Qué hice para ser tan malo?

Padre: Hacer ruido todo el día. Sólo eres un problema, una boca más para alimentar.

Peter (guarda silencio hasta que le incita el terapeuta): ¿Tienes problemas de dinero?

Padre: Sí. Estoy tan enojado porque no consigo empleo. Ustedes pensarán que soy un inútil.

Peter: Eso es lo que tú dices que soy yo. Tendrías que enojarte con la gente que no te da trabajo, y no conmigo.

Padre: Me enojo, pero no les puedo decir nada. Y tú estás todo el día aquí, tropiezo constantemente contigo.

Peter: Juego, como todos los chicos de 4 años.

Padre: Eso me enfurece. Yo no disfruto de mi vida.

Peter: Lo siento, papá. Me gustaría que fueras más feliz. Entonces no me gritarías tanto.

Padre: Supongo que te grito porque soy infeliz.

Una vez que Peter comprendió que las invectivas del padre se debían a su infelicidad personal y no eran juicios válidos sobre él, pudo considerar la posibilidad de que su creencia de que no podía gustar mereciera un examen más atento. En ese punto, Peter y su terapeuta iniciaron un test histórico del esquema (Young, 1984).

Dedicando cada página a unos cuantos años de su vida, Peter y el terapeuta recogieron datos históricos a favor y en contra de la proposición de que el paciente no podía gustarle a nadie. Peter infirió que si el esquema reflejaba la realidad, habría pocos ítems en la columna de «pruebas en contra», y cada vez más ítems en la columna de «pruebas a favor» a medida que él iba creciendo.

De hecho, el paciente descubrió que las pruebas de que podía gustar eran mucho más numerosas de lo que había imaginado (por ejemplo, tuvo amigos en la escuela secundaria, había gente amistosa con él en el trabajo, la novia le había dicho que le quería). El balance también se inclinaba hacia la capacidad para gustar después de que se fue de casa e inició la terapia. Empezó a comprender que su depresión en el *college* le había aislado, impidiendo que la gente tuviera la oportunidad de conocerle. El terapeuta también le ayudó a encontrar explicaciones alternativas para los datos que parecían confirmar el esquema de «no gustar».

La reseña histórica de un esquema negativo no lo priva de su poder, aun cuando

existan pruebas convincentes, como en el caso de Peter.

Como durante toda su vida él había interpretado (e interpretado mal) las experiencias de modo que confirmaran ese esquema, no tenía ningún esquema de «gustar» que reemplazara al de «no gustar».

La etapa final de la terapia, por lo tanto, consistía en ayudar a Peter a construir y validar un esquema más positivo: «Puedo gustar, por lo menos a algunas personas».

En esa etapa de la terapia fueron útiles técnicas tales como la de los cuadernos de predicción de experiencias positivas, o el ensayo visualizado de nuevas conductas. En los cuadernos predictivos, Peter registraba el resultado que esperaba de diferentes experiencias sociales (por ejemplo, «Invitaré a diez personas a la reunión y ninguna querrá venir»), y después el resultado real («Ocho personas aceptaron la invitación»). Estos esquemas ayudaron a Peter a ver que su esquema negativo no predecía bien sus experiencias corrientes.

Además, Peter llevaba una lista de las interacciones sociales que respaldaban al nuevo esquema de «gustar». El cuaderno de experiencias positivas exigía que el paciente dejara de prestar atención a las experiencias de rechazo y se centrara en las que suponían aceptación o diversión social. Cuando se volvía autocrítico y se activaba el esquema negativo, repasaba el cuaderno de experiencias positivas para reactivar el esquema más positivo.

Finalmente, al empezar a cambiar las creencias sobre sus posibilidades de gustar, Peter se sintió dispuesto a participar en más situaciones sociales (por ejemplo, invitar a comer a algunas personas, organizar una gran fiesta, tratar de salir con otras mujeres).

Para esas nuevas experiencias se preparaba por medio de ensayos visualizados con el terapeuta. Tenía esas experiencias imaginariamente y le describía al terapeuta las dificultades o perturbaciones que encontraba. Después discutían soluciones posibles a esos problemas sociales, y Peter ensayaba la conducta y las conversaciones deseadas, también imaginariamente, antes de la práctica en vivo.

Resumen del tratamiento

El tratamiento de los pacientes con TPE implica establecer una alianza confiable entre terapeuta y paciente, fomentada por la identificación y la modificación de los pensamientos y creencias disfuncionales del paciente sobre esa relación. La relación terapéutica sirve como modelo para que los pacientes cuestionen sus creencias sobre sus otras relaciones; también proporciona un ámbito seguro para ensayar nuevas conductas (como la asertividad). Para enseñar al paciente a manejar su depresión, ansiedad u otros trastornos, se emplean técnicas de control del estado de ánimo.

La meta no es eliminar totalmente la disforia, sino aumentar la tolerancia a la emoción negativa. Un diagrama que ilustre el proceso de la evitación y una

convincente justificación racional de la mayor tolerancia a la disforia ayudan a conseguir que el paciente acepte experimentar sentimientos negativos en la sesión, estrategia ésta que puede instrumentarse de manera progresiva o jerárquica. La tolerancia al afecto negativo en la sesión debe preceder a la práctica de la «disforia» o práctica «antievitación» fuera de la terapia.

Una clave importante para aumentar la tolerancia es el desmentido constante de las creencias concernientes a lo que el paciente cree que sucederá si experimenta disforia.

Para este trastorno se puede indicar terapia de pareja o familiar, así como el entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente, el tratamiento también incluye la identificación y modificación de los esquemas inadaptados por medio de intervenciones que incluyen evocación de imágenes, psicodrama, revisiones históricas y cuadernos de predicción. Quizás haya que construir y validar esquemas más positivos mediante diversas técnicas del tipo de las que hemos descrito.

Prevención de la recaída

La fase final de la terapia incluye la prevención de la recurrencia. Es esencial prever y hacer planes para el caso de una recaída, puesto que es muy fácil que estos pacientes vuelvan a ser evitativos.

Para prevenir la recaída hay que trabajar tanto en la esfera conductual como en la cognitiva. Las metas conductuales suelen incluir actividades como las siguientes:

- Hacer nuevas amistades.
- Profundizar relaciones existentes.
- Asumir más responsabilidades en el trabajo o cambiar de empleo.
- Actuar de un modo adecuadamente asertivo con la familia, los amigos, compañeros de trabajo y otras personas.
- Abordar tareas antes evitadas en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Intentar nuevas experiencias: un curso, iniciar un nuevo *hobby*, un voluntariado, etcétera.

Esas metas pueden parecerle arriesgadas al paciente; el solo hecho de pensar en

ellas genera a veces un malestar considerable. El terapeuta enmarca la ansiedad de modo positivo: la aparición de ansiedad indica la reactivación de una actitud disfuncional que requiere atención, así como una fiebre recurrente indica la necesidad de más medicación.

Se le enseña al paciente a usar la ansiedad como acicate para buscar los pensamientos automáticos que traban la capacidad de alcanzar metas. Terapeuta y paciente idean juntos un sistema para que éste responda de modo consciente a esas congniciones y actitudes negativas después de que la terapia haya terminado.

Es importante que el paciente atenúe sus actitudes disfuncionales residuales y que fortalezca sus creencias nuevas, más funcionales. Sea cotidiana o semanalmente, tiene que pasar revista a las pruebas que contradicen la antigua creencia y a las que confirman las nuevas. Un modo de lograr esta meta consiste en alentar a los pacientes a llevar un cuaderno en el que registrarán día a día sus experiencias, negativas y positivas, en el período en que esas creencias están activadas. Después desarrollan argumentaciones para socavar la creencia disfuncional y fortalecer la funcional. Dos entradas típicas del cuaderno de una paciente son las siguientes:

> 27/9. Asistí a una reunión con mi jefe y los abogados. Hice una sugerencia sin que nadie me lo pidiera.
> Fue bien recibida. Esto es una prueba en contra de mi antigua creencia de que soy estúpida e incompetente. Esto es una prueba de mi creencia de que soy competente.
>
> 1/10. Howard se irritó cuando le dije que no quería salir a comer. Me sentí mal y pensé: «No debería haber dicho eso». Según mi antigua creencia, me habría considerado mala («Soy mala si perturbo a otro»). Según mi nueva creencia, no soy mala. Es inevitable que otras personas se molesten a veces, y eso no tiene nada que ver con lo que yo valgo. No es deseable pensar siempre primero en los demás. También es bueno afirmar mis propios deseos.

Tiene una particular importancia que los pacientes se mantengan alertas para identificar las situaciones que evitan, y que tomen conciencia de las cogniciones que nutren esa evitación. Para hacerlo, pueden emplear «cuadernos de bitácora» como los que hemos descrito, o bien «registros de pensamientos disfuncionales», a fin de descubrir las actitudes disfuncionales que están detrás del deseo de evitar, y desarrollar o fortalecer actitudes más funcionales. Una de las entradas típicas sobre la evitación de la paciente anterior decía lo siguiente:

> 24/10. Pensé en pedirle tiempo libre al jefe. Me sentí muy ansiosa. P. A. (pensamiento automático): «Se enojará conmigo». Actitud disfuncional: Es terrible que la gente se enoje. Actitud funcional: Si se enoja, paciencia. Quizá ni siquiera se enoje, pero, en todo caso, no se va a enojar para siempre. Actuar

asertivamente es una buena práctica para mí. Nunca conseguiré lo que quiero si permito que mi actitud se me cruce en el camino. Lo peor que puede ocurrir es que me diga que no.

Una creencia particularmente perturbadora para el paciente con TPE es la siguiente: «Si la gente me conociera realmente, me rechazaría».

Es probable que esa creencia se active cuando el paciente desarrolla nuevas relaciones y se expone más a los demás. En tal caso, suele ser útil que pase revista a su miedo inicial a mostrarse como es al terapeuta y revise qué le sucedió cuando por fin se animó a hacerlo. Entonces puede experimentar, revelando a alguien algún hecho relativamente «seguro» pero antes secreto sobre él, y examinando lo que sucede. Después continúa haciendo lo mismo de una manera progresiva, jerárquica, descubriendo poco a poco a terceros otros hechos que le conciernen.

Además de los cuadernos de bitácora con anotaciones diarias y de los registros de pensamientos disfuncionales, también es útil el repaso cotidiano o semanal de fichas de cartulina especialmente confeccionadas.

En un lado, el paciente registra una actitud disfuncional perturbadora, y debajo las pruebas en contra. En la otra cara le especifica la actitud más funcional con pruebas que le respaldan. El propio paciente evalúa periódicamente su grado de creencia en cada una de esas actitudes.

Un aumento significativo de la creencia en la actitud disfuncional o una reducción significativa de la creencia en la nueva actitud, indican la necesidad de trabajar en esa zona.

Hacia el final de la terapia, el terapeuta debe sopesar la posibilidad y las ventajas de espaciar las sesiones. Los pacientes evitativos suelen necesitar aliento para experimentar con una frecuencia reducida de las sesiones de terapia, que les deja más tiempo para abordar nuevas experiencias entre sesión y sesión y poner a prueba la objetividad de sus miedos. Por otra parte, algunos pacientes evitativos desean terminar y se sienten preparados para hacerlo, pero temen que herirán los sentimientos del terapeuta si sugieren la conclusión del tratamiento.

Finalmente, es útil que el terapeuta y el paciente evitativo desarrollen juntos un plan para que este último continúe con una autoterapia después de que haya terminado la terapia formal. Por ejemplo, el paciente dedicará una hora por semana a actividades destinadas a prolongar el progreso terapéutico ya realizado. Puede pasar revista a los encargos que se asignó a sí mismo en la sesión anterior de autoterapia, o tratar de identificar las situaciones que evitó, investigando las ideas u obstáculos que se interpusieron. Otra posibilidad es pensar en la semana siguiente, prever las posibles situaciones perturbadoras e idear un modo de afrontar la evitación que podría producirse. O bien repasar las notas pertinentes a los registros de pensamientos disfuncionales realizados durante la terapia, y asignarse nuevas tareas y establecer el momento de la próxima sesión de autoterapia.

Una meta importante de la prevención de la recaída es predecir las dificultades probables en el período que sigue a la finalización del tratamiento. Después se alienta al paciente a planificar el control de las situaciones perturbadoras y se le guía en esta tarea. Por ejemplo, tal vez le resulte útil redactar algunos párrafos con sus ideas para enfrentarse a dificultades como las que plantean las preguntas siguientes:

- ¿Qué tengo que hacer si advierto que de nuevo empiezo a tener una conducta de evitación?
- ¿Qué debo hacer si empiezo a creer más en mis antiguos supuestos disfuncionales que en mis nuevas creencias?
- ¿Qué debo hacer si sufro un retroceso?

El repaso de estos párrafos en el momento oportuno es también una parte importante de la prevención de la recaída en los pacientes evitativos.

Las reacciones del terapeuta

El terapeuta puede experimentar una frustración considerable con estos pacientes, porque su progreso suele ser lento. De hecho, con frecuencia cuesta incluso conseguir que el paciente evitativo no abandone la terapia, pues quizá también evite las sesiones y cancele citas. Conviene que el terapeuta comprenda que la evitación por parte del paciente de las tareas conductuales asignadas, o de la terapia en sí, proporciona la oportunidad de descubrir los pensamientos automáticos y las actitudes asociadas con la evitación.

Si esa evitación existe, la desesperanza puede vencer al terapeuta (y también al paciente). Es importante prever esa desesperanza y quitarle base, concentrándose en el progreso realizado en las sesiones. Un modo funcional de abordar la evitación de las tareas es centrarse en los pensamientos que impiden iniciar o completar cada una de ellas, a fin de que el paciente quede preparado para responder a esos pensamientos en el futuro.

Entre las cogniciones típicas del terapeuta sobre el paciente evitativo se cuentan las siguientes:

- «El paciente no hace el intento.»

- «No me deja ayudarle.»
- «Aunque yo ponga todo mi empeño, abandonará la terapia de todos modos.»
- «Esta falta de progreso es una vergüenza para mí.»
- «Otro terapeuta podría hacerlo mejor.»

El terapeuta que tiene pensamientos de este tipo empieza a sentirse inerme, incapaz de ayudar al paciente a lograr un cambio significativo. Cuando esas creencias aparecen, el terapeuta puede ponerlas a prueba pasando revista a lo que ha sucedido en la terapia. Es importante que las expectativas de progreso sean realistas y que pueda reconocerse el logro de metas modestas.

Por último, el terapeuta tiene que diferenciar la racionalización de la evitación por parte del paciente, por un lado, y los obstáculos reales, por el otro, antes de llegar a la conclusión de que esa evitación no es susceptible de cambio. Por ejemplo, Emily pretendía que le resultaba imposible reanudar sus clases en el *college* porque su madre, que ahora era una inválida, dependía de ella. La paciente y su terapeuta evaluaron la situación; resultó claro que la madre podía valerse por sí misma hasta cierto punto, que era posible tomar otras medidas para cuidarla, y que Emily podía volver a estudiar (por lo menos en horario parcial). Es probable que el terapeuta que no sepa enfrentarse con las excusas del paciente evitativo se sienta desvalido y desesperanzado, lo mismo que el propio paciente.

Direcciones futuras de la investigación

En vista de la escasez de investigaciones sobre el TPE, son muchas la vías importantes que se pueden explorar. Primero, no se sabe si existe una vulnerabilidad genética específica como terreno favorable para el trastorno. Este capítulo ha descrito algunos factores cognitivos y sociales que parecen pertinentes en la historia evolutiva de los pacientes evitativos. Hacen falta estudios que examinen si las experiencias interpersonales y las creencias concomitantes de los pacientes son esenciales en el desarrollo del TPE. La determinación de la etiología puede ser una paso importante en la creación de programas para prevenir o identificar y tratar este trastorno en los niños.

Sobre el TPE hay sólo unos pocos estudios publicados, y muchos de ellos son descripciones de tratamientos individuales con medicación (por ejemplo, Daltito y

Perugi, 1988) o terapia psicodinámica (por ejemplo, Francés y Nemiah, 1983). No se ha comunicado la realización de ningún estudio empírico sobre el TPE desde el punto de vista de la terapia cognitiva.

La ansiedad social ha sido ampliamente estudiada desde una perspectiva conductual (Oakley y Padesky, en prensa). Si bien algunos de estos estudios (Greenberg y Stravynski, 1985) advierten la semejanza entre la sintomatología de sus pacientes y el TPE, la mayoría de los estudios conductuales de la ansiedad social no describen a sus sujetos en los términos de las categorías diagnósticas del DSM-III-R. No se puede dar por sentado que estos estudios se refieran al TPE. En realidad, la mayoría de los sujetos considerados en las investigaciones sobre la ansiedad social probablemente satisfacen los criterios de la fobia social, y no los del TPE.

Una excepción notable es la de Turner y colaboradores (Turner, Beidel, Dancu y Keys, 1986), que compararon directamente individuos con fobia social y sujetos diagnosticados como evitativos. A todos los pacientes se les pidió que participaran en un test de dramatización estructurada y en una situación en la que había que hablar improvisando. Aunque los dos grupos comunicaron iguales niveles de ansiedad y pensamientos ansiosos análogos, los pacientes con diagnóstico de TPE demostraron habilidades sociales más pobres que las de los individuos con fobia social en la evaluación del contacto visual, el tono de voz y las habilidades sociales generales.

Estos hallazgos deben considerarse provisionales, puesto que el estudio incluyó sólo 18 pacientes (10 con fobia social, 8 con TPE). Pero esta investigación es un paso importante hacia el examen empírico de este trastorno. La conceptualización cognitiva del problema sugiere que los investigadores deben evaluar los autoesquemas negativos, además de los pensamientos ansiosos situacionales explorados en el estudio de Turner y sus colaboradores.

Conclusión

Planteamos que la formulación cognitiva del TPE es sencilla y que la terapia cognitiva puede ser eficaz. Si bien presentamos datos clínicos en apoyo de estas conclusiones, requieren una demostración experimental. Puesto que algunos pacientes con TPE se han beneficiado con la terapia cognitiva que describimos aquí, se pueden proyectar estudios de resultados para comparar la terapia cognitiva con otras formas de tratamiento de este trastorno. Si resulta que la terapia cognitiva es eficaz, las nuevas investigaciones que determinen qué actitudes disfuncionales son las

esenciales en el mantenimiento de la evitación fortalecerán y darán fluidez a esa terapia. La conceptualización que hemos desarrollado sugiere ciertos temas cognitivos como objetos probables de tal investigación.

CAPÍTULO 13

EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Se dice que los sentimientos de dependencia y apego son conductas universales y quizá definitorias de los mamíferos (Francés, 1988). Si bien apoyarse en alguna medida en los otros es sin duda adaptativo para los individuos, una dependencia excesiva resulta muy problemática, y el grado extremo de dependencia ha sido definida en el DSM-III (APA, 1980) como «trastorno de la personalidad por dependencia» (TPD). El tratamiento del TPD le plantea al terapeuta un interesante dilema. Al principio de la terapia, estos pacientes parecen a veces fáciles de tratar. Prestan tanta atención a los esfuerzos del terapeuta y los aprecian tanto que proporcionan un oportuno alivio, en contraste con muchos otros pacientes que no parecen escuchar o respetar lo que el terapeuta dice. Es fácil comprometerlos con el tratamiento, y empiezan siendo tan cooperadores que crean la expectativa de que habrá un progreso terapéutico muy rápido. Pero quizás esto sólo incremente la frustración del terapeuta en las etapas ulteriores, en las que esos pacientes se aferran al tratamiento, resistiéndose a los esfuerzos del terapeuta tendientes a que asuman una mayor autonomía.

Hill (1970) resume parte de la frustración que implica el trabajo con los dependientes al describir su mejoría inicial:

> El paciente se siente alentada por contar con una nueva persona que demuestra interesarse por ella, satisface sus necesidades de dependencia y le ofrece una vida más gratificante […] Invariablemente el paciente tiene un retroceso cuando comprende que la terapia no es una experiencia pasiva (pág. 39).

Ayudar al paciente a superar la dependencia respecto del terapeuta y alentarle a avanzar hacia la autonomía respecto del terapeuta y respecto de sus allegados son los desafíos que se plantean en el trabajo con el TPD.

Reseña histórica

Las primeras descripciones de los individuos dependientes fueron a menudo peyorativas. En los escritos de los psiquiatras del siglo XIX, la pasividad, la ineficacia y la docilidad excesiva características de estos pacientes se consideraban déficit del desarrollo moral; en la descripción del dependiente se empleaban expresiones tales como «inútil», «de voluntad débil» y «degenerado». Aunque observada con frecuencia, la personalidad abiertamente dependiente no tuvo su propio diagnóstico como tipo en casi ninguno de los primeros sistemas de clasificación.

Una perspectiva muy diferente adoptaron los primeros teóricos del psicoanálisis. Tanto Freud como Abraham atribuyeron el carácter «oral-pasivo» a la indulgencia excesiva o a la privación en la etapa oral (o de lactancia) del desarrollo. Abraham (1924/ 1948) escribió:

> Algunas personas son dominadas por la creencia de que siempre habrá alguien —desde luego, un representante de la madre— que cuidará de ellas y les brindará todo lo que necesitan. Esta creencia optimista las condena a la inactividad… no hacen ningún tipo de esfuerzo, y en algunos casos incluso desdeñan trabajar para ganarse el pan (págs. 399-400).

El antecedente de la categorización diagnóstica de los tipos de personalidad pasivo-agresiva y dependiente fue la categoría (empleada durante la Segunda Guerra Mundial) de «reacción inmadura», definida como «un tipo neurótico de reacción a las tensiones militares de rutina, que se manifiesta como desamparo o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o estallidos agresivos» (Anderson, 1966, pág. 756). La personalidad dependiente sólo apareció mencionada brevemente en el DSM-I (APA, 1952) como subtipo pasivo-dependiente del trastorno pasivo-agresivo, caracterizado por un aferramiento inadecuado frente a la frustración ambiental. La personalidad dependiente era ignorada totalmente en el DSM-II (APA, 1968); la categoría más próxima era el trastorno de la personalidad por inadecuación, caracterizado por:

> […] respuestas ineficaces a las exigencias emocionales, sociales, intelectuales y físicas. El paciente no parece ni física ni mentalmente deficiente, pero pone de manifiesto inadaptabilidad, ineptitud, juicio pobre, inestabilidad social y falta de vigor físico y emocional (pág. 44).

Empleando las polaridades clásicas de activo/pasivo, placer/ dolor y sí-mismo / otro, Millón (1969) derivó un sistema clasificatorio con ocho tipos básicos de personalidad. La pauta pasivo-dependiente (originalmente conocida como «personalidad sumisa de Millón») supone búsqueda de placer y evitación del dolor, con espera pasiva de que otras personas proporcionen refuerzo. Millón amplió esta

categoría en varios ensayos sucesivos, hasta llegar al TPD tal como apareció por primera vez en el DSM-III (APA, 1980).

La conceptualización psicodinámica contemporánea del TPD sostiene que la excesiva indulgencia o la privación pueden por igual conducir a una dependencia excesiva e inadaptada resultante de la fijación en la etapa oral-lactante del desarrollo. En su estudio de la sobreprotección materna, Levy (1966) consideró que la indulgencia excesiva generaba rasgos de dependencia excesiva como la exigencia, la falta de iniciativa y la insistencia en que los otros hagan por el sujeto lo que él se siente incapaz de hacer por sí mismo. En algunos casos, se entiende que la dependencia excesiva representa la expresión regresiva de los anhelos fálicos insatisfechos de una mujer, que espera que por medio de un apego excesivo logrará el pene que cree necesario para la autoestima (Esman, 1986). Esman (1986) subraya la preeminencia de la hostilidad latente e inconsciente del individuo dependiente hacia sus figuras primarias; la dulzura y la sumisión empalagosas son vistas como una formación reactiva contra la expresión de los sentimientos hostiles que podrían amenazar lo que se considera una relación vital.

Para West y Sheldon (1988), el TPD es un claro ejemplo de trastorno del sistema del apego, examinado sobre todo por Bowlby (1969,1977). La pauta de apego más característica del TPD es el «apego ansioso», que según Bowlby se desarrolla a partir de experiencias que llevan al sujeto a dudar de la disponibilidad y la respuesta de la figura con la que se ha establecido el apego. Cuando estos individuos establecen relaciones se vuelven excesivamente dependientes y viven en una constante ansiedad por temor a perderlas.

Pilkonis (1988) ha realizado otros trabajos sobre el apego y la dependencia, con una metodología prototípica modificada, para llegar a una concepción diferenciada de los constructos de la excesiva dependencia y la excesiva autonomía tal como los perciben los clínicos con experiencia en el tratamiento de la depresión. Los indicadores de dependencia excesiva se agrupan en dos subtipos: indicadores de «apego ansioso» y rasgos típicamente asociados con el trastorno límite de la personalidad. Las características del subtipo «apego ansioso» (entre otras, que el sujeto «tiende a depender demasiado de los demás», que «el rechazo de otra persona lleva a una pérdida de confianza y autoestima» y que «son comunes los sentimientos de desamparo») parecen corresponder con gran aproximación al diagnóstico de TPD.

Características

Según el DSM-III-R (APA, 1987, pág. 354) el rasgo esencial del TPD es «una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos» (véase la tabla 13.1). Estas personas son incapaces de tomar las decisiones cotidianas, o no están dispuestas a hacerlo a menos de que cuenten con el consejo y el apoyo de otras personas y que puedan estar acuerdo con lo que otras personas sugieren.

TABLA 13.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno de la personalidad por dependencia***

Una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace evidente desde el inicio de la vida adulta y se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por *cinco* de las siguientes características:

1. El sujeto no puede tomar las decisiones cotidianas sin una excesiva cantidad de consejos o recomendaciones por parte de los demás.
2. Permite que otras personas tomen la mayor parte de las decisiones importantes; por ejemplo, dónde vivir, qué trabajo realizar, etcétera.
3. Tiende a estar de acuerdo con los demás, incluso cuando están equivocados, por temor a que lo rechacen.
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa.
5. Acepta hacer cosas que le desagradan, con el fin de agradar a los demás.
6. Se siente desvalido e incómodo cuando se encuentra solo y hace grandes esfuerzos para evitar esa situación.
7. Se siente destrozado o desvalido cuando una relación íntima se acaba.
8. Con frecuencia se preocupa por el temor de ser abandonado.
9. Es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación.

Les cuesta iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismos; cuando están solos sienten tanto malestar que hacen grandes concesiones para estar con otros.

Cuando termina una relación estrecha se sienten destrozados y desamparados, y tienden a sentir temor a ser abandonados. Se sienten fácilmente heridos por la crítica o la desaprobación; tienden a someterse a otros y se esfuerzan mucho por gustar. Tienen tanto miedo al rechazo que se manifiestan de acuerdo con otro incluso cuando creen que está equivocado. Estos individuos carecen de autoconfianza; tienden a descartar sus propias capacidades y fuerzas.

La depresión es uno de lo problemas más comunes que se presentan en el TPD. De hecho, la depresión mayor y el trastorno adaptativo eran los diagnósticos del Eje I que Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper (1985) encontraron asociados con más

frecuencia con el TPD. Utilizando criterios de inventarios de personalidad, Reich y Noyes (1987) hallaron que el 54% de sus sujetos deprimidos merecían un diagnóstico de TPD. Overholser, Kabakoff y Norman (1989) señalan que los criterios para este trastorno incluyen muchos rasgos que también aparecen en la depresión, entre ellos la falta de iniciativa, sentimientos de desvalimiento y dificultad para tomar decisiones. Como estos sujetos se sostienen demasiado en otras personas de quienes esperan apoyo y cuidados, y se sienten desvalidos ante un abandono potencial, parecen tener una mayor predisposición a la depresión (Birtchnell, 1984; Zuroff y Mongrain, 1987).

Los trastornos por ansiedad son también comunes entre los individuos con TPD. Como para su supervivencia cuentan con las otras personas, son especialmente proclives a la angustia de separación y les preocupa la posibilidad de ser abandonados y tener que cuidarse por sí mismos.

Cuando prevén y temen nuevas responsabilidades que no se creen capaces de asumir, pueden producirse crisis de angustia. Las fobias tienden a atraer cuidados y protección; también permiten evitar las responsabilidades, procuran beneficios secundarios y concuerdan plenamente con la orientación dependiente básica del individuo (Millón, 1981). En su estudio de pacientes con trastorno por angustia, Reich, Noyes y Troughton (1987) encontraron que el TPD era el diagnóstico más frecuente del Eje II, especialmente en el subgrupo con evitación fóbica. Con alguna oscilación determinada por el instrumento utilizado, más o menos el 40% de los sujetos con alguna evitación fóbica satisfacen los criterios para el TPD. Además, en una muestra de pacientes psiquiátricos internos, Overholser y otros (1989) hallaron que los pacientes dependientes presentaban en el MMPI perfiles que sugerían ansiedad, dudas sobre sí mismos o inseguridad social, con independencia del nivel de depresión.

Otros problemas que presentan comúnmente los individuos con TPD son las quejas somáticas, que van desde síntomas de conversión hasta hipocondría y trastorno por somatización. En un estudio de 50 mujeres clasificadas como pasivo-dependientes y atendidas como pacientes externas, Hill (1970) encontró que todas comunicaban quejas somáticas, que por lo general les procuraban más atención por parte de la familia y los profesionales. Muchas de esas pacientes creían que la medicación era la principal fuente potencial de ayuda. Según Greenberg y Dattore (1981), los hombres que padecían un trastorno físico (cáncer, tumores benignos, hipertensión o úlcera gastrointestinal) tenían puntuaciones premórbidas en las escalas del MMPI relacionadas con la dependencia significativamente más altas que las de hombres que se mantuvieron con buena salud durante un período de 10 años. De modo análogo, Vaillant (1078) y Hinkle (1961) encontraron una relación entre rasgos de la personalidad dependiente y una predisposición general a la enfermedad. En una reseña reciente de la literatura empírica, Greenberg y Bornstein (1988 a) llegan a la conclusión de que:

> […] un individuo con orientación de personalidad dependiente corre indudablemente mayor riesgo de padecer diversos trastornos físicos, que de a presentar un tipo particular de síntoma (pág. 132).

Además concluyen que las personas dependientes tienden más a considerar sus problemas en términos somáticos que en términos psicológicos y que es más probable que busquen ayuda profesional, que lo hagan antes, y que cumplan con el tratamiento de modo más escrupuloso que las personas independientes.

El alcoholismo y otros abusos de sustancias son también problemas que presentan comúnmente los individuos dependientes, que suelen ver en ese consumo un modo fácil y pasivo de abordar sus problemas, o por lo menos de huir de ellos. En su reseña de la literatura empírica (compuesta primordialmente por calificaciones de indicaciones de dependencia oral en los tests proyectivos), Greenberg y Bornstein (1988 b) infieren que un individuo con orientación de personalidad dependiente corre el riesgo de padecer diversas condiciones psicopatológicas, entre ellas depresión, alcoholismo, obesidad y tabaquismo.

Diagnóstico

Cuando un individuo se presenta al tratamiento con poca confianza en sí mismo y una clara y elevada necesidad de apoyo debe considerarse la posibilidad de un TPD. Por ejemplo, Karen era una mujer casada de 45 años derivada por su médico debido a problemas de crisis de angustia. Durante la evaluación pareció preocupada, se mostró sensible e ingenua. La emoción la desbordaba fácilmente; lloró varias veces. No desperdició ninguna ocasión para la autocrítica. Por ejemplo, cuando se le preguntó cómo se llevaba con la gente, expresó: «Todos piensan que soy tonta e inadecuada», aunque no podía aducir ninguna prueba. Dijo también que no le había gustado la escuela porque «era tonta», y que siempre sintió que no era suficientemente buena. El terapeuta tuvo que brindarle mucho apoyo para que por lo menos intentara realizar una cuenta regresiva desde 100, y de 7 en 7, como parte de un examen de su estado mental. Además de las crisis de angustia y la conducta de evitación, manifestó que había estado seriamente deprimida, con alternancias, durante por lo menos cinco años, y que padecía un síndrome premenstrual Severo.

Bebía de una a tres copas diarias de alguna bebida alcohólica, pero no

consideraba que fuera un problema para ella.

No obstante, para diagnosticar un TPD es importante ir más allá de la presentación inicial y evaluar con cuidado la historia de las relaciones del paciente, observando en particular de qué modo reaccionó a las rupturas y lo que han dicho otras personas Sobre el modo como lo ven. Puede ser útil indagar con detalle cómo toma las decisiones, tanto las cotidianas como las importantes. También se debe recoger información sobre lo que siente el paciente en cuanto a estar solo durante períodos prolongados. Conviene averiguar de qué modo maneja las situaciones en que discrepa con alguien, o se le pide que haga algo desagradable, o es menospreciado. La propia reacción del terapeuta puede alertarle de la posibilidad de que el sujeto tenga un TPD. Un terapeuta que se siente tentado de rescatar al paciente, o se sorprende haciendo excepciones debido a las necesidades que éste aduce, debería sospechar la existencia de un TPD y reunir más datos para confirmar o refutar este diagnóstico.

Karen explicó que su primer matrimonio había durado diez años, aunque era «un infierno». Su esposo tuvo relaciones con muchas otras mujeres y la maltrataba verbalmente. Ella intentó dejarle muchas veces, pero cedía ante sus ruegos insistentes y volvía con él. Finalmente pudo divorciarse, y poco después conoció a su actual esposo y se casó con él, a quien describió como un hombre «bueno y sensible», que le brindaba su apoyo.

Karen manifestó que prefería que otros tomaran las decisiones importantes, y que ella estaba de acuerdo para evitar conflictos.

Le preocupaba que la dejaran sola sin que nadie velara por ella, y dijo que sin el apoyo de otras personas se sentía perdida. Era fácil que se sintiera herida, de modo que trabajaba con empeño para no hacer nada que le atrajera críticas.

Los rasgos de dependencia pueden formar parte de diversos trastornos, de modo que es importante ser escrupulosos para diferenciar un auténtico TPD. Por ejemplo, aunque los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad y con TPD parecen igualmente infantiles y proclives al apego, los dependientes son menos engreídos, egocéntricos y superficiales.

El individuo con TPD tiende a ser pasivo, sumiso, discreto y dócil; esto contrasta con las conductas activamente manipulativas, gregarias, atractivas y seductoras del individuo con trastorno histriónico de la personalidad. La persona con un trastorno de la personalidad por evitación tiene también una intensa necesidad del afecto de los otros, pero duda y teme mucho que no llegará a lograrlo; el dependiente tiende a confiar y apoyarse en los otros sin temor; prevé que sus esfuerzos se verán recompensados con afecto y cuidado. Los agorafóbicos dependen de otros de un modo muy específico: necesitan de una persona de confianza para salir con ella y no correr el peligro de sufrir la crisis de angustia que puede provocarles el hecho de estar solos. Por lo general los agorafóbicos insisten más en afirmar su dependencia que los individuos con TPD; exigen activamente que se les acompañe a cualquier lugar a

donde vayan. Pero es posible que el paciente satisfaga tanto los criterios del trastorno por angustia con agorafobia como los del TPD, en cuyo caso corresponden los dos diagnósticos (del Eje I y el Eje II, respectivamente).

Aunque Karen recurrió al tratamiento por sus crisis de angustia y había demostrado pautas amplias de evitación en los últimos siete años, reconoció que muchos de sus problemas databan de mucho antes de la agorafobia y las crisis de angustia. No le gustaba hacer cosas sola, y por lo menos desde el tercer grado había tenido pensamientos del tipo «No soy buena». Era claro que esta paciente satisfacía los criterios del TPD y también de la crisis de angustia con agorafobia, así como los de la depresión mayor.

Conceptualización

Aunque en la literatura conductual no se ha dedicado mucho espacio al TPD, estos pacientes han sido considerados a veces como «extremadamente subasertivos» (Marshall y Barbaree, 1984, pág. 417). Turkat y Carlson (1984) asumen un enfoque diferente, y formulan el problema en términos de ansiedad respecto de la toma independiente de decisiones, en su estudio de caso de un paciente con TPD, aunque sin realizar ningún intento de generalizar esa noción al TPD considerado globalmente. Si bien los individuos con TPD son extremadamente no asertivos y muy ansiosos en cuanto a la toma independiente de decisiones, un planteamiento cognitivo-conductual amplio tiene que abarcar más que esas dos características.

El TPD puede concebirse como derivado de dos supuestos clave. Primero, estos individuos se ven a sí mismos como intrínsecamente inadecuados y desvalidos, y por lo tanto incapaces de enfrentarse con éxito al mundo por sí solos. El mundo les parece un lugar frío, solitario e incluso peligroso, en el que es probable que no puedan manejarse solos.

Segundo, llegan a la conclusión de que la solución al problema de ser inadecuado en un mundo espantoso consiste en tratar de hallar a alguien que les proteja y les cuide. Deciden que vale la pena renunciar a la responsabilidad y subordinar sus propias necesidades y deseos, a cambio de que alguien se haga cargo de ellos. Desde luego, esta adaptación tiene consecuencias adversas para el individuo. Por un lado, al apoyarse en otros para manejar los problemas y tomar decisiones, el sujeto tiene pocas oportunidades de aprender las habilidades necesarias para la autonomía. Algunos individuos nunca adquieren las habilidades de la vida independiente (como

la asertividad, la resolución de problemas y la toma de decisiones), mientras otros no reconocen las aptitudes que sí tienen, de modo que no las usan, y así se perpetúa la dependencia. Además, la idea de volverse más competente puede ser terrorífica, porque los dependientes temen que si dejan de estar necesitados los abandonarán, y ellos no están en condiciones de enfrentarse solos al mundo.

Este orden de cosas tiene varias desventajas adicionales para la persona dependiente, que siempre cuida mucho de agradar a los otros y evitar el conflicto por temor a poner en peligro esas relaciones de suma importancia y quedarse sola. Por esto, la asertividad y la expresión de la propia opinión están claramente excluidas. Por otro lado, la persona dependiente parece tan desesperada y necesitada, y se aferra tanto a los demás, que puede resultar difícil encontrarle un compañero dispuesto a satisfacer esas necesidades durante un período prolongado, o capaz de hacerlo. Si la relación concluye, el dependiente se siente destruido y no ve ninguna alternativa salvo encontrar a alguien nuevo de quien pueda empezar a depender.

Karen dijo que siempre había tenido una relación excelente con su padre: «Yo era su angelito». Agregó que se había enojado con ella solamente una vez, por una cuestión sin importancia, pero que, salvo eso, entre ellos las cosas siempre habían marchado bien. Describió a la madre como a una persona más dominante, con la que tendía mucho a chocar, pero «Yo recurría a ella para todo». Había sido en la escuela donde aprendió que era tonta y «no suficientemente buena». Comentó que solía «leer hacia atrás», y que las monjas de la escuela católica la ridiculizaban ante los otros niños. Estuvo enferma, a veces faltaba a la escuela, y otras evitaba ir.

Karen se había casado joven, y pasó directamente de apoyarse en sus padres a apoyarse en su marido, sin ningún período intermedio en el que hubiera vivido por su propia cuenta. Le resultó muy difícil dejar a su primer esposo, aunque él la maltrataba y le era infiel; cuando finalmente se separaron, vivir sin él le resultó horrible. Muy pronto después del divorcio entabló una nueva relación, y cuando un nuevo compañero se hizo cargo de ella se sintió tremendamente aliviada.

El individuo con TPD tiende a tener creencias básicas como «No puedo sobrevivir sin alguien que se haga cargo de mí», «Soy inadecuado para manejarme en la vida por mí mismo», «Si mi esposo (padre, etcétera) me deja, me desmoronaré», «Si fuera más independiente, estaría aislado y solo», «La independencia significa vivir completamente por sí mismo». La principal distorsión cognitiva del TPD es el pensamiento dicotómico con respecto a la independencia. Estos individuos creen que uno es completamente desvalido y dependiente, o es completamente independiente y está solo, sin ninguna gradación intermedia. También presentan un pensamiento dicotómico respecto de sus aptitudes: hacen las cosas bien, o están totalmente mal. Desde luego, como no se consideran capaces de funcionar de modo adecuado, por lo general llegan a la conclusión de que son incapaces, un fracaso total. También tienden a presentar la distorsión cognitiva del «catastrofismo», sobre todo cuando se trata de la pérdida de una relación. Se preocupan mucho más de lo normal por lo triste y

difícil que sería vivir sin esa relación; creen que perderla representaría un desastre total y determinaría el hundimiento total y permanente de su persona.

Las creencias básicas y las distorsiones cognitivas del TPD conducen a pensamientos automáticos tales como «No puedo», «Nunca seré capaz de hacer eso» y «Soy demasiado estúpido y débil». Cuando a estos pacientes se les pide que hagan algo, tienen también pensamientos del tipo «Oh, mi esposo puede hacer esto mucho mejor que yo» y «Estoy seguro de que en realidad no esperan realmente que yo sea capaz de hacer esto». Por ejemplo, cuando se le pidió que recitara la escala del 7 en el curso de la evaluación inicial, Karen hizo comentarios como «Oh, no sirvo para la aritmética, nunca podré hacerlo» y «¿Es realmente necesario? No hace falta, ya le digo que no puedo hacerlo». En la primera sesión de terapia, cuando el terapeuta esbozó el plan de tratamiento, dijo: «Oh, no seré capaz de registrar los pensamientos» y «Estoy segura de que esto ayuda a algunas personas, pero yo soy demasiado tonta para hacerlo».

Enfoques del tratamiento

Es fácil suponer que la meta del tratamiento con el TPD es la independencia. En realidad, lo que más temen muchos pacientes dependientes es que la terapia les lleve a una independencia y un aislamiento totales: que tengan que enfrentarse a la vida por sus propios medios, sin ninguna ayuda ni respaldo de otros. Una palabra mejor para designar la meta de la terapia con el TPD sería «autonomía». Se ha dicho que tener autonomía es actuar con independencia de los demás, pero siendo también capaz de desarrollar relaciones estrechas e íntimas (Birtchnell, 1984). Para que el paciente lo logre, es necesario ayudarle a aprender a separarse gradualmente de los otros significativos (incluso el terapeuta) y a acrecentar su autoconfianza y su sentido de la propia eficacia. Ahora bien, en vista de su miedo habitual a que la capacidad conduzca al abandono, esto se debe hacer poco a poco y con alguna delicadeza.

Lo mismo que con cualquiera de los trastornos de la personalidad, en las primeras etapas del tratamiento se trabaja por el logro de las metas enunciadas del paciente, con intervenciones tales como ayudarle a puntualizar y cuestionar sus pensamientos automáticos disfuncionales. Aunque al terapeuta podría resultarle obvio desde el principio que la dependencia es el problema principal, pocas veces el propio paciente la reconoce como parte del problema planteado. De hecho, incluso el uso de las palabras «dependencia», «independencia» o «autonomía» puede asustarle en el inicio

del tratamiento, si no se siente preparado para explorar esas cuestiones. Sean cuales fueren las metas específicas de la terapia, la cuestión de la dependencia les resultará obvia a terapeuta y paciente a medida que avance el tratamiento.

Pero podría ser más natural y menos temible para el paciente que sea él quien empiece a usar esos términos cuando esté maduro para traerlos a colación.

Aunque en las primeras sesiones del tratamiento no se emplearon explícitamente palabras como «dependencia», Karen pudo enunciar como metas de la terapia, por ejemplo, «Aumentar mi autoconfianza para (a) ser más espontánea e iniciar contactos; (b) iniciar proyectos; (c) asumir tareas en el trabajo; (d) sentirme más cómoda con otras personas, y (e) reducir mi miedo al fracaso y atribuirme más méritos por lo que hago».

En el trabajo con estos pacientes tienen una importancia particular el descubrimiento guiado y la interrogación socrática. Ellos probablemente consideren al terapeuta como «el experto» y estén pendientes de cada una de sus palabras, de modo que resulta tentador decirles exactamente en qué consiste el problema y lo que ellos tienen que hacer, asumiendo un papel autoritario. Lamentablemente, esto alienta al paciente a volverse dependiente del terapeuta, y no a desarrollar autonomía. Pero al menos al principio, estos pacientes necesitan alguna guía activa y sugerencias prácticas para comprometerse con el tratamiento. Un enfoque totalmente no directivo podría generar demasiada ansiedad como para que ellos lo toleren por mucho tiempo. No obstante cuando el paciente le pide al terapeuta que le diga lo que tiene que hacer, éste debe usar la interrogación socrática y el descubrimiento guiado, ayudándole así a llegar a sus propias soluciones.

Karen parecía esperar que el terapeuta le diera las respuestas, sobre todo cuando se trataba de comprender y explicar sus propios sentimientos. Iniciaba las sesiones diciendo: «Esta semana me sentí deprimida y desalentada. ¿Por qué?». Creía que el terapeuta se iba a sentar a explicarle todo, sin ningún esfuerzo por su parte. Él, en cambio, le hacía preguntas sobre cómo se había sentido y cuándo parecieron cambiar sus sentimientos, y acerca de detalles de los pensamientos y sentimientos específicos que había tenido cuando estaba más perturbada.

Mediante este proceso de indagación, Karen podía profundizar en su propia comprensión de lo que había sucedido durante la semana y del modo como sus sentimientos se relacionaban **con** sus pensamientos.

La relación terapeuta-paciente

Tiene una particular importancia que se preste una cuidadosa atención a un factor a menudo ignorado en los escritos de los terapeutas cognitivo-conductuales: la relación terapeuta-paciente. La conducta dependiente de estos pacientes está lo suficientemente generalizada como para que se manifieste con intensidad en la relación terapéutica. Esto ha llevado a algunos a sugerir que los enfoques humanísticos o no directivos son preferibles a los cognitivo-conductuales, más directivos, que corren el riesgo de alentar al paciente a seguir sumiso en su relación con un terapeuta dominante (por ejemplo, Millón, 1981). Pero la utilización adecuada del enfoque cognitivo-conductual, incluyendo el empleo de la interrogación socrática y el empirismo cooperativo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), ayuda a superar cualquier tendencia del terapeuta a caer en un rol autoritario. Como los individuos con TPD inician el tratamiento buscando desesperadamente a alguien que les solucione sus problemas, para comprometerlos con la terapia al principio puede ser necesario permitirles en ella alguna dependencia; no obstante, el terapeuta tiene que trabajar sistemáticamente a lo largo de todo el tratamiento para que el paciente vaya abandonando poco a poco su dependencia. La cooperación no siempre debe ser a partes iguales; es posible que al principio el terapeuta tenga que hacer más que la mitad del trabajo. Sin embargo, esa pauta debe cambiar en el curso del tratamiento, mientras se le va pidiendo gradualmente al paciente que aporte ítems para la agenda, tareas para hacer en casa, etcétera; de un modo cada vez más inequívoco, la terapia pasa a ser obra del propio paciente.

Mientras el terapeuta persiste en el empleo del descubrimiento guiado para ayudar al paciente a explorar sus pensamientos y sentimientos, las interacciones entre ambos en el seno de las sesiones conduce a intervenciones que pueden tener un impacto particularmente fuerte sobre el paciente, debido a su inmediatez. Para usar con más eficacia la relación entre terapeuta y paciente como ejemplo de pauta actual de relación dependiente es necesario alentar al paciente a explorar sus pensamientos y sentimientos respecto del terapeuta y también respecto de otras relaciones. Estos pacientes suelen estar tan concentrados en otras relaciones de sus vidas que quizá ni siquiera les pase por la cabeza que puede ser importante, o incluso apropiado, que discutan sus pensamientos respecto del terapeuta.

En un momento del tratamiento, cuando el terapeuta se centraba en enseñarle a Karen a puntualizar y examinar sus pensamientos automáticos, ella inició la sesión perturbada, disculpándose por no haber realizado los encargos. El terapeuta optó por utilizar los pensamientos y sentimientos de Karen en ese momento como ejemplo para la puntualización de los pensamientos automáticos. Karen dijo que experimentaba altos niveles de ansiedad y culpa; su pensamiento automático primario era «Voy a decepcionar a Sam (el terapeuta)». Pudieron entonces examinar ese pensamiento más objetivamente, y volvieron a evaluar la ansiedad y la culpa después de la discusión. Karen se sintió mucho menos perturbada. El empleo de los pensamientos y sentimientos inmediatos sobre el terapeuta como base para explorar

los pensamientos automáticos no sólo permitió realizar una demostración poderosa de la utilidad del proceso para cambiar los sentimientos, sino que también le brindó a la paciente un permiso explícito para discutir abiertamente sus sentimientos respecto del terapeuta.

Otra parte importante de la atención dirigida a la relación paciente-terapeuta consiste en que el terapeuta observe sus propios pensamientos y sentimientos respecto del paciente. La tentación de rescatar a este tipo de paciente suele ser fuerte; a menudo resulta muy fácil aceptar la creencia del paciente en su propio desvalimiento, y sentirse impulsado a salvarle de su frustración por la lentitud del progreso. Lamentablemente, los intentos de rescatar a estos pacientes son incompatibles con la meta de aumentar su independencia y autosuficiencia. Cuando el terapeuta descubre que está haciendo excepciones (por ejemplo, prescribiendo medicación o realizando intervenciones sin pasar por la evaluación completa habitual) porque parece urgente que estos pacientes «patéticos» obtengan una ayuda inmediata, es razonable que pondere si no se está limitando a aceptar la idea del «desamparo» que el dependiente tiene de sí mismo.

Siempre que el terapeuta se siente tentado a ser más directivo y menos cooperativo, o a hacer excepciones, conviene que confeccione un registro de pensamientos disfuncionales para examinar si la excepción responde a los mejores intereses a largo plazo del paciente o sólo sirve para alentar la dependencia.

A menudo el terapeuta de Karen le hacía una pregunta simple sobre sus pensamientos o sentimientos, y ella respondía diciendo: «Tengo la mente en blanco, no puedo pensar». Después de haber tropezado con esas reacciones muchas veces, él experimentaba una intensa frustración y fastidio por la autocensura y el aparente desvalimiento de la paciente. En esos momentos tomaba conciencia de tener pensamientos del tipo de «¡Oh, vamos, tú puedes hacerlo!», «Es muy simple», «Quizá sea realmente estúpida» y «¡Oh, deja de hacerte la desvalida y hazlo!». Pero en lugar de flagelarla con su impaciencia, el terapeuta respondía a sus propios pensamientos con refutaciones como las siguientes: «En realidad no es estúpida; sólo está acostumbrada a verse así. A mí puede parecerme simple, pero sin duda no lo es para ella. Si actúo con impaciencia e irritación, no haré más que confirmarle su creencia de que es estúpida. Lo que tengo que hacer es ir más despacio y ayudarla a advertir esos pensamientos y reflexionar».

En otros momentos de la terapia, el terapeuta se sentía frustrado por el lento progreso de Karen. Por ejemplo, mientras ella se sometía a una exposición en vivo que consistía en conducir su automóvil, el terapeuta la esperaba en la puerta. Karen conducía por sí misma hasta y desde el trabajo. Mientras esperaba, el terapeuta se sintió invadido por la frustración e identificó pensamientos automáticos como «¡Demonios, mira lo que estamos haciendo! ¡Todo este alboroto por conducir dos kilómetros y medio hasta el trabajo! ¿Cuál es el problema de conducir un estúpido automóvil dos kilómetros y medio? ¡Basta con meterse y hacerlo!».

Pero en lugar de dejarse llevar por su frustración, cuestionó esos pensamientos automáticos con respuestas como «Mis metas no pueden ser las suyas. No puedo obligarla a que haga lo que yo quiero. Tiene que avanzar a su propia velocidad. No tengo que tener tanta prisa por mis objetivos. Lo que es insignificante para mí no lo es para ella».

Como los pacientes con TPD son especialmente proclives a desarrollar relaciones abiertamente dependientes, es esencial establecer límites claros en la relación profesional con ellos. Según nuestra experiencia clínica, estos pacientes, con más probabilidades que otros, dicen que se han enamorado del terapeuta. Aun cuando evitar el contacto físico forma parte del estilo habitual del terapeuta, en estos casos es más seguro que ese contacto se reduzca al mínimo (no se les da la mano, no se les dan palmeadas en la espalda, no se les abraza nunca), y es importante hacer cumplir las reglas usuales que impone una relación claramente profesional. Si la exposición a situaciones que provocan ansiedad exige que el terapeuta salga del consultorio con el paciente, es importante que sea explícito acerca de las metas del ejercicio, y que lo mantenga dentro de límites profesionales (por ejemplo, tomando nota de las cogniciones y de los niveles de ansiedad a intervalos regulares), reduciendo al mínimo la conversación informal. Por ejemplo, cuando Karen, por su ansiedad, eludía la tarea de conducir el automóvil, el terapeuta salió con ella para ayudarla a superar ese obstáculo. Pero previamente discutieron los detalles del ejercicio y planificaron una ruta específica; mientras ella conducía él observó sus niveles de ansiedad y sus cogniciones, de modo que Karen no pudiera interpretar mal la situación como si se tratara de «dar un paseo con Sam».

Si el terapeuta advierte que el paciente está empezando a sentir un vínculo emocional con él o si el paciente expresa abiertamente ese sentimiento, es esencial que el terapeuta maneje la situación con cuidado y reflexión. Si la discusión de los pensamientos y sentimientos del paciente respecto del terapeuta ha sido corriente en el tratamiento, resulta perfectamente natural que también se puntualicen y examinen de esa manera los pensamientos y sentimientos de apego excesivos. Es importante que el terapeuta reconozca los sentimientos del paciente y le explique que esas reacciones son comunes en la terapia. Pero también es crucial que establezca explícitamente que, a pesar de esos sentimientos, no hay posibilidad de que la relación deje de ser profesional para convertirse en personal.

Es probable que el paciente presente intensas reacciones emocionales en el proceso de discutir esos sentimientos y ante los límites claros establecidos por el terapeuta. Los pensamientos y sentimientos del paciente sobre esta cuestión tendrán que ser examinados en el curso de varias sesiones, y quizás a lo largo de todo lo que resta del tratamiento.

Intervenciones cognitivas y conductuales

El enfoque cooperativo estructurado que se utiliza en la terapia cognitiva también sirve para alentar al paciente a asumir un papel más activo en el abordaje de sus problemas. Incluso la confección de una agenda es un ejercicio de iniciativa. Por lo común, estos pacientes intentan delegar en el terapeuta todo el poder de la terapia. Por ejemplo, si se les pregunta: «¿En qué quiere que nos concentremos hoy?», responden: «Oh, en lo que usted quiera», o bien: «¿Cómo podría saberlo? Estoy seguro de que lo que piensa usted es mejor». En la terapia cognitiva estándar, el terapeuta le permite al paciente que sugiera temas para la agenda de la sesión, pero los propone él si el paciente no tiene en mente nada en particular. No obstante, con estos pacientes es importante dar un paso más, y explicarles que, como se trata de su terapia, se espera que en cada sesión indiquen a qué quieren dedicar el tiempo.

En el caso de Karen, el terapeuta pudo hacerle colaborar en la confección de la agenda recogiendo todo lo que ella decía al comienzo de la sesión y preguntándole si debían discutirlo. Por ejemplo, cuando al comienzo de la sesión Karen dijo bruscamente: «No hice nada esta semana», el terapeuta le preguntó: «¿Tendremos que incluir eso en nuestro plan para esta semana, y discutirlo?», a pesar de que Karen, en principio, no pretendía proponer un ítem explícito de la agenda. Entre los encargos escritos para la semana se puede incluir tomar nota de algunas ideas de temas para la sesión siguiente. Si el terapeuta deja claro que se espera que el paciente proponga ítems para la agenda, sigue preguntando al principio de cada sesión (aunque esas propuestas no aparezcan), y espera las sugerencias del paciente antes de avanzar, de esa manera alienta la participación activa desde el inicio del tratamiento. Como estos pacientes suelen estar ansiosos por agradar, por lo general tratan de hacer lo que se espera de ellos. Karen terminó llevando sus propios temas para la sesión (por ejemplo, «me siento decaída», «problemas con mi hija»).

Establecer metas claras y específicas es una parte temprana crucial del tratamiento, de modo que el proceso en esa dirección se puede aducir como prueba poderosa para refutar el supuesto subyacente del dependiente que está desvalido. Después de todo, uno de los mejores modos de refutar esta creencia consiste en reunir pruebas concretas de la capacidad personal. Puesto que el principal problema presentado por Karen era la agorafobia, entre sus metas se encontraban las siguientes:

- Ser capaz de conducir.
- Ir sola al mercado.
- Ir de compras sola.
- Sentarme en la iglesia en cualquier lugar que yo quiera.

La exposición gradual a esas situaciones provocadoras de ansiedad proporcionó

una excelente refutación de la creencia de Karen en su desvalimiento. Cuando Karen pudo ir sola al mercado, salir de compras y firmar cheques, se sintió muy orgullosa de sí misma y un poco más capaz.

Pero no es necesario que el paciente trabaje con una jerarquía de ansiedades para recoger pruebas sistemáticas de capacidad. El logro de cualquier meta concreta sirve al mismo propósito. Cuando Karen pudo realizar un proyecto de costura, tuvo más confianza en ser capaz de hacer cosas algo más difíciles para ella. Según el esquema de un caso ilustrativo de tratamiento de TPD realizado por Turkat y Carlson (1984) terapeuta y paciente pueden desarrollar en cooperación una jerarquía de acciones independientes cada vez más difíciles. Por ejemplo, una jerarquía de toma de decisiones puede ir desde la elección de la fruta para el almuerzo hasta opciones relacionadas con el trabajo y el lugar de residencia. Cada decisión tomada refuerza la creencia del paciente en que puede hacer por lo menos algunas cosas sin depender de nadie.

Sean cuales fueren las intervenciones específicas en la terapia, es probable que el TPD le impida al paciente progresar hacia sus metas. Cuando esto ocurre, a veces sus pensamientos automáticos se convierten en un foco productivo para la intervención. En la segunda sesión de Karen, cuando se le presentó el concepto de jerarquía, le costó comprenderlo y se puso muy autocrítica. Le parecía demasiado complicado calificar su ansiedad en una escala de 0 a 100, de modo que se planteó emplear una escala de 0 a 10. Cuando se le expuso la idea del entrenamiento en relajación, en la tercera sesión, comunicó los pensamientos siguientes: «No podré hacerlo», «Es demasiado complicado» y «Fracasaré».

En particular, es probable que interfieran pensamientos automáticos acerca de la inadecuación cuando el paciente intenta cumplir con los encargos entre sesión y sesión; por lo cual es necesario suscitar y evaluar esos pensamientos desde el principio del tratamiento. Para refutar algunas de esas ideas son muy útiles los experimentos conductuales realizados en las sesiones.

Por ejemplo, cuando se le expuso a Karen la idea de observar y cuestionar los pensamientos automáticos, ella respondió con su típico «No puedo hacerlo». En lugar de asumir un papel autoritario y seguir avanzando de todos modos, el terapeuta le ayudó a confeccionar una lista con las ventajas y desventajas del registro de pensamientos disfuncionales. Mientras se realizaba esa exploración, ella dijo que pensaba: «No puedo comprender nada escrito». El terapeuta hizo un experimento conductual para cuestionar esa idea, tomando un libro de su biblioteca, abriéndolo al azar en cualquier página y pidiéndole a Karen que leyera la primera oración en voz alta. Después le pidió que le explicara lo que quería decir lo que había leído. Ella pudo hacerlo, y entonces redactaron una respuesta racional convincente para el pensamiento automático: «Es cierto que me resulta difícil comprender algunas cosas escritas, pero si trabajo, por lo general lo logro».

En vista de la tendencia del paciente a sentirse incapaz de hacer cosas por sí

mismo, tiene sentido que practique nuevas tareas y encargos para el hogar en la sesión, antes de emprenderlos solo.

Por ejemplo, con la mayoría de los pacientes es posible explicar las primeras tres columnas de un registro de pensamientos disfuncionales y encargar la identificación de pensamientos de ese tipo entre sesión y sesión. En el caso de Karen, fue necesario que ella y el terapeuta acordaran trabajar juntos en la puntualización de pensamientos durante la sesión hasta que se sintiera cómoda haciéndolo por sí misma. Gradualmente ella fue asumiendo más responsabilidad en la confección de las hojas de pensamientos en el consultorio; sólo al cabo de varias sesiones de práctica transcribió sola sus pensamientos y las correspondientes respuestas durante la sesión y se sintió preparada para empezar a hacerlo sin ayuda. Aunque menospreció su primer intento en casa, en realidad no había sido peor que los esfuerzos iniciales de muchos pacientes (véase la figura 13.1). Después de algunas sugerencias del terapeuta, su segundo intento en casa mejoró mucho (véase la figura 13.2).

Registro diario de pensamientos automáticos

FIGURA 13.1. ***Primer intento de Karen de emplear el registro de pensamientos disfuncionales***

Fecha	Situación Descripción breve de la situación	Emoción(es) Calificar de 0 a 100 %	Pensamiento(s) automático(s) Transcriba los pensamientos y califique su creencia en cada uno de ellos, de 0 a 100 %	Respuesta racional Califique su grado de creencia de 0 a 100 %	Resultado Recalifique las emociones
4/8	Entro en el trabajo y me angustio	Ansiosa Molestia en el estómago Temblor	Hay demasiadas personas Comer lentamente, por el estómago. Calmarse. Distensión.	No sé cómo terminar Molestia en el estómago durante 2 horas. Tranquilizada más o menos a las 3.	

FIGURA 13.2. ***Segundo intento de Karen de emplear el registro de pensamientos disfuncionales***

Fecha	Situación Descripción breve de la situación	Emoción (es) Calificar de 0 a 100 %	Pensamiento(s) automático(s) Transcriba los pensamientos y califique su creencia en cada uno de ellos, de 0 a 100 %	Respuesta racional Califique su grado de creencia de 0 a 100 %	Resultado Recalifique las emociones
4/15	Cena	Ansiosa Asustada Ira Tristeza	Hay personas que no conozco. 100 Voy a decir algo estúpido. 100 Espero que no haya sopa. 100 Todos me verán temblar si tomo sopa. 100 Causaré mala impresión y se preguntarán que es lo qué me pasa. 100	Tengo buenas cualidades, aunque no sea la más educada. La mayor parte de las personas no se darán cuenta de que estoy. Quizás algunas se den cuenta, y otras no.	

Cuando se plantean las intervenciones, no se puede presuponer que el paciente tiene verdaderos déficit, aunque parezca incapaz de valerse por sí mismo. Algunos pacientes poseen en realidad muchas de las aptitudes necesarias para un

comportamiento adecuado e independiente, pero no reconocen su propia capacidad o no saben usarla. Cuando realmente existe un déficit de aptitudes, se puede entrenar al paciente en asertividad (por ejemplo, Lange y Jacubowski, 1976), resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), toma de decisiones (Turkat y Carlson, 1984) e interacción social (Curran, 1977) para aumentar su competencia. Karen se había apoyado en los demás durante tanto tiempo, que tenía auténticos déficit de aptitud, de modo que necesitaba ser entrenada en diversas habilidades para comportarse adecuadamente, además de ser ayudada a refutar sus pensamientos negativos sobre su propia capacidad. Para enfrentarse con la ansiedad le hacía falta entrenamiento en relajación (por ejemplo, Bernstein y Borkovec, 1976). Cuando se examinaron diferentes modos de relaciones con su esposo y con su hija, necesitó algún entrenamiento explícito en asertividad. Ni siquiera en esferas concretas de la vida se podía dar por sentado su nivel de aptitud. En la exposición gradual a situaciones como conducir, no bastó con reducir la ansiedad. Había estado convencida durante tanto tiempo de que era incapaz de hacerlo, que dudaba sobre las decisiones elementales del proceso (por ejemplo, preguntaba: «¿Cómo se decide cuándo detenerse si el semáforo está en ámbar?») y había que abordar esos interrogantes.

Además de entrenar a los pacientes dependientes en diversas habilidades generales para comportarse adecuadamente y para resolver problemas, Overholser (1987) recomienda que se les enseñen habilidades de autocontrol como las desarrolladas por Rehm (1977) para el tratamiento de la depresión. El entrenamiento del autocontrol incluye tres componentes básicos: la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo. La autoobservación consiste en registrar la frecuencia, la intensidad y la duración de conductas específicas, con sus antecedentes y consecuencias respectivos. Tales registros le ayudan al paciente a advertir sus cambios y su mejoría, en lugar de trabajar sólo por la aprobación del terapeuta. La autoevaluación se realiza comparando la propia actuación observada con las normas de actuación. Las personas dependientes (como Karen) pueden tener normas de actuación elevadas, carentes de realismo, o bien atenerse tanto a las normas de otros que no ven con claridad las normas que les convienen. El entrenamiento de una autoevaluación más adecuada ayuda a estos pacientes a desarrollar esas normas propias más realistas, y a advertir cuándo tienen que pedir ayuda y cuándo el pedido de ayuda no es más que un signo de su propia incertidumbre. El autorrefuerzo supone proporcionar consecuencias apropiadas a la actuación, con respecto a las normas. Enseñar al individuo dependiente a reforzar su conducta deseable es probablemente el aspecto más importante del autocontrol, puesto que el dependiente tiende a basarse exclusivamente en el refuerzo que puedan brindarles otras personas. Entre los autorreforzadores iniciales se cuentan las recompensas concretas (por ejemplo, fichas canjeables por un regalo deseado, ir a dar un paseo agradable, leer un capítulo de una novela), pero también deben incorporarse reforzadores cognitivos positivos (por

ejemplo, «¡En, realmente fui hasta el final e hice un buen trabajo!»).

Si bien al principio del tratamiento los pacientes con TPD son por lo general colaboradores y están ansiosos por agradar, no suelen cumplir con las tareas para realizar por su cuenta, y este problema se debe a que el paciente cree que no es capaz de realizarlas, o bien a un déficit real de aptitudes. Pero también es posible que se asuste de avanzar con demasiada rapidez en la terapia y de alcanzar pronto sus metas. En tal caso es útil hacer una lista de las ventajas y desventajas de cambiar, explorando seriamente las desventajas que supone alcanzar las metas. A menudo, cuando por primera vez se le pregunta al paciente cuáles son las desventajas de mejorar en la terapia, él se sorprenderá e insistirá en que alcanzar los objetivos es totalmente positivo. Un examen cuidadoso descubre que cualquier tipo de cambio presenta también desventajas. La exploración de las razones para no cambiar induce al paciente a tratar de convencer al terapeuta de que el cambio vale la pena; ya no es el terapeuta quien empuja hacia la autonomía, y entonces es más probable que el paciente consienta.

Como ya hemos dicho, Karen tuvo su primera sesión «en vivo» conduciendo con el terapeuta a su lado. Aunque esa sesión se desarrolló muy bien, y su ansiedad de ella se redujo de acuerdo con lo esperado, de modo que pudo mantenerse al volante más de lo previsto, al final no estaba segura de cómo se sentía y dijo experimentar «muchos sentimientos mezclados», que se abordaron como sigue en la sesión siguiente:

Terapeuta: Aunque la sesión se desarrolló muy bien, usted tuvo algunos sentimientos mezclados. ¿Cuáles son sus pensamientos de esta semana sobre ese asunto?

Karen: No estoy segura de lo que sentí sobre la semana pasada. Estoy muy confundida. Incluso pensé en dejar la terapia.

Terapeuta: Esto me sorprende un poco. Por un lado, lo hizo bien y su ansiedad se redujo en seguida, pero de pronto piensa en abandonar la terapia. ¿Qué cree que está sucediendo?

Karen: No lo sé. Algo me ocurrió la semana pasada. ¿Tengo un conflicto porque sé que puedo hacerlo? ¿Tengo miedo de llegar a ser independiente? Me gusta que George [su esposo] me cuide.

Terapeuta: Esto parece muy importante. Ayúdeme a entenderlo. ¿Para usted conducir significa que podría volverse más independiente, y eso la preocupa?

Karen: Tal vez.

Terapeuta: ¿Qué sucedería si se vuelve más independiente?

Karen: Bien, podría fracasar.

Terapeuta: ¿Qué quiere decir?

Karen: Las personas independientes hacen cosas. Y yo podría fracasar. Supongo que si me apoyo en George, no puedo fracasar.

Terapeuta: Entonces, si es capaz de conducir significa que es más independiente, y en tal caso estará más expuesta al fracaso en algunas cosas.

Karen: Eso creo.

Terapeuta: Muy bien. Hay mucho que decir sobre eso, pero me ayuda a comprender lo que le está pasando. Parecería que su éxito le asusta porque rechaza el modo como se ve a sí misma. ¿Podemos dedicar algún tiempo a discutir esto, para tratar de comprender de qué se trata?

Karen: Sí, me gustaría hacerlo, porque todo me parece muy confuso. (*Gran parte de la sesión se dedicó a reunir y examinar la red de cogniciones referentes a la dependencia*).

Terapeuta: Muy bien, resumiendo, se diría que no estaba usted preparada para todos los cambios que puede acarrear una mayor independencia. Me pregunto si no tendría sentido ir un poco más despacio, para que sienta que controla más su cambio y que lo realiza a un ritmo que puede controlar.

Karen: ¿Podemos hacer eso? Me siento más cómoda ahora. Estoy empezando a tranquilizarme.

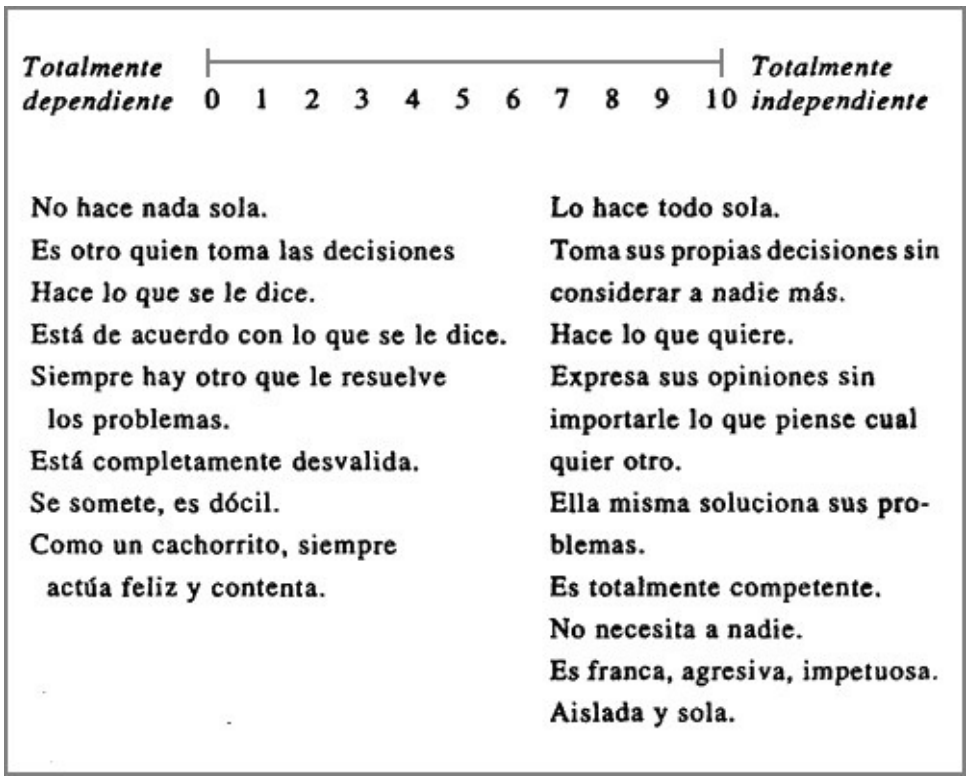
Terapeuta: ¿Se le ocurren formas de avanzar más despacio, a una velocidad más aceptable para usted?

A veces, una exploración de las ventajas y desventajas de cambiar revelará que para el paciente el cambio realmente no vale la pena. Por ejemplo, Dorothy, una ama de casa de 24 años, recurrió al tratamiento por su depresión. Siempre había sido extremadamente dependiente de su madre, y no había aprendido a hacer cosas por sí misma. Creía, sin admitir la menor duda, que ella sola no podía hacer nada con éxito, y por lo tanto la aterraba intentar algo nuevo: estaba segura de fracasar. Se había casado con su novio, a quien conoció en la escuela secundaria, y se había ido a vivir a otro estado; inmediatamente se deprimió. Se sentía abrumada por lo que esperaba de sí misma como esposa, y desvalida para asumir sus nuevas responsabilidades sin tener cerca a su madre. Pensaba constantemente en su incompetencia y creía que todo estaría bien de nuevo si podía volver a su ciudad natal. A medida que avanzaba el tratamiento, reveló su temor de que, si cedía su depresión y aprendía a aceptar la vida lejos de su ciudad natal, su esposo no tendría razón para volver. Cuando reconoció que su meta principal era convencer al marido de que volvieran a su ciudad natal, resultó claro por qué se había opuesto al tratamiento. De hecho, su estado de ánimo

no mejoró hasta que su esposo aceptó volver en el plazo de un año.

De modo que a veces existen razones muy fuertes para que la persona dependiente sea ambivalente respecto del cambio. Aunque luche contra su desvalimiento, quizá sienta que no tiene poder; asumir el papel de desvalido puede en realidad procurar mucho poder y refuerzo (como en el caso de Dorothy), y quizá resulte difícil renunciar a ese rol. Si se puede ayudar al paciente a identificar lo que perdería siendo menos desvalido, es posible hallar un sustituto más constructivo. Por ejemplo, si a Karen le preocupaba que el esposo no pasara tiempo con ella porque dejaba de ser necesario que la acompañara en las compras, podrían programar una «cita» semanal. De ese modo seguiría pasando tiempo con él, sin necesidad de mostrarse desvalida para lograrlo. La idea dicotómica que el paciente tiene de la independencia es una esfera crucial a explorar. Cuando el paciente cree que uno es totalmente dependiente y desvalido o totalmente independiente, aislado y solo, cualquier movimiento hacia la autonomía puede parecer un paso hacia el aislamiento completo y permanente. Puede ser útil trazar con el paciente un continuo desde la dependencia hasta la independencia (figura 13.3). Cuando él ve que entre los extremos de la dependencia total y la total independencia hay muchos puntos intermedios, le resulta menos terrorífico progresar dando pequeños pasos. Una ilustración útil para los pacientes es que incluso los adultos independientes y que saben arreglárselas toman medidas para asegurarse ayuda cuando la necesitan, por ejemplo asociándose a un automóvil club. Es decir que nadie tiene que ser totalmente independiente siempre, y no es ninguna vergüenza admitir que se necesita ayuda de vez en cuando.

FIGURA 13.3. ***Un típico continuo de independencia desarrollado en colaboración con una paciente dependiente***



El pensamiento dicotómico de Karen la llevaba a inferir que era «estúpida» o «atolondrada» cuando percibía que no alcanzaba la perfección (por ejemplo, si cometía un error pequeño y simple). Le resultó útil refutar esa distorsión cognitiva, realizada poniendo de manifiesto la duplicidad de normas inherentes a su planteamiento. Cuando le preguntamos si sacaría las mismas conclusiones ante el mismo error cometido por un amigo, advirtió que tenía normas totalmente distintas para ella misma y para los demás. Teniendo presente ese pensamiento dicotómico al asignarle tareas, el terapeuta le indicó que confeccionara deliberadamente un registro imperfecto de pensamientos disfuncionales (por ejemplo, con mala ortografía y redacción confusa, sin incluir todos sus pensamientos, poniendo algunos ítems en una columna errónea). Se le explicó a Karen que se pretendía «cortocircuitear» su tendencia a iniciar una tarea, abandonarla en cuanto veía que el resultado no era perfecto y llegar a la conclusión de que era una estúpida.

En algún momento del tratamiento, el paciente dependiente necesitará explorar la creencia de que si se vuelve más competente será abandonado. Un modo útil de cuestionarla consiste en desdeñar experimentos conductuales específicos en los que se comporte con algo más de capacidad y observe la reacción de los demás. Como en este tipo de experimento conductual participan otras personas, se trata verdaderamente de un «experimento», en el sentido de que ni el terapeuta ni el paciente están seguros de cual será el resultado. Aunque quizá sería irracional creer que uno acabará totalmente abandonado y solo para siempre si es asertivo, el terapeuta realmente no sabe si una mayor autonomía conducirá o no al abandono por parte de determinada persona. Sin conocer a George, el esposo de Karen, el terapeuta

no tenía forma de prever cómo reaccionaría a los cambios de su mujer. Muchas personas se sienten atraídas por lo individuos dependientes, de modo que es posible que un cónyuge (o progenitor, etcétera) reaccione negativamente si el paciente empieza a cambiar, volviéndose más asertivo e independiente. La conducta dependiente puede ser reforzada activamente por las personas más próximas, que quizá castiguen los intentos de cambiar. Pero es también posible que el cónyuge reaccione bien a esos cambios, aunque el paciente haya estado convencido de que iba a suceder lo contrario. Empezando con pequeños pasos se puede observar la reacción del cónyuge sin provocar consecuencias serias o definitivas.

A Karen la preocupaba mucho Imposible reacción de su esposo a su mayor independencia. Su primera esposa había tenido una relación extraconyugal, y él había manifestado muchas veces el temor de que con Karen le ocurriera lo mismo. Parecía facilitar de muchos modos la dependencia de su mujer —acompañándola a comprar, ofreciéndose a hacer cosas que ella podría hacer por sí misma y preocupándose por ella cuando no sabía exactamente dónde estaba en cualquier momento.

Aunque a Karen le importaban las reacciones de su marido, se había estado sometiendo a una exposición gradual a situaciones cada vez más provocadoras de ansiedad, incluso la de ir sola al supermercado y conducir. Trató de observar las reacciones de su esposo; para su sorpresa, ante su progreso hubo sólo respuestas positivas. El terapeuta había ofrecido ver juntos a Karen y a su esposo en unas cuantas sesiones si parecía necesario hacerlo, pero cuando la paciente pudo percibir la situación objetivamente comprendió que no hacía falta, porque el cónyuge aceptaba perfectamente su progreso.

Cuando la reacción de un cónyuge a la mayor asertividad del otro es de hecho negativa, tal vez sea necesario explorar otras opciones para el tratamiento. La terapia conyugal o familiar suele ayudar a la pareja a adaptarse a los cambios del paciente —y a veces incluso a cambiar juntos—. Pero si el paciente o el cónyuge no están dispuestos a seguir un tratamiento conjunto, existe la posibilidad de explorar las ventajas y desventajas de diversas posibilidades, incluso la de mantener el enfoque presente de la relaciones, modificando la nueva asertividad para que le resulte más tolerable al cónyuge, o aun la de poner fin a la relación. Esta última idea —poner fin a la relación— probablemente asuste mucho al paciente, pero quizás haya que reconocerla como una de las múltiples alternativas posibles.

Sea que el sujeto decida conservar la relación y trabajar por el cambio, seguir con la relación y aceptarla tal como es, o bien cortarla, el terapeuta finalmente tendrá que discutir la posibilidad de que la relación termine, y cuestionar el pensamiento catastrófico del paciente en relación con la pérdida de relaciones. Aunque el paciente insista en que las cosas marchan a las mil maravillas en la relación dependiente, nadie puede dar por sentado que siempre contará con la otra persona, puesto que existe la posibilidad de un accidente. Desde luego, el terapeuta no pretenderá minimizar el duelo que supone la pérdida de una relación importante. La meta no es convencer al

sujeto dependiente de que el otro no tiene importancia, sino ayudarle a ver que, aunque el trastorno sea intenso, él puede sobrevivir y sobreviviría a la pérdida de la relación.

Cambiando la estructura misma de la terapia se puede fomentar el progreso desde la dependencia hacia la autonomía. Pasar de la terapia individual a la grupal suele ayudar a reducir la dependencia del paciente respecto del terapeuta, y permite atemperar la intensidad de la relación. En un escenario grupal, el paciente sigue teniendo mucho apoyo, pero empieza a obtener más de los pares que del terapeuta. Este es un buen primer paso para encontrar medios más naturales de apoyo a la autonomía en el círculo familiar y de amigos del paciente. Se ha visto que el modelado aumenta la conducta independiente (Golstein, Martens, Hubben, Van Belle, Schaaf Wirsma y Goedhart, 1973), y en la terapia grupal los otros pacientes sirven como modelo para el desarrollo de muchas habilidades. En otros miembros del grupo que le expresan asertivamente su cólera al líder, o en una pareja que va dando con cuidado pasos para resolver problemas o un dilema, se encuentran ejemplos útiles de las conductas que el paciente trata de aprender. Además, el encuadre grupal proporciona un espacio relativamente seguro para practicar nuevas aptitudes, como la asertividad.

Por ejemplo, practicando la expresión más abierta y asertiva de los sentimientos, primero en dramatizaciones y después compartiendo sentimientos reales con los líderes o los miembros del grupo, obteniendo de los pares retroalimentación constructiva, el paciente adquiere confianza para intentar conductas similares en las relaciones fuera del grupo.

El fin de la terapia

El fin de la terapia puede resultarles muy amenazador a las personas con TPD, convencidas de que sin el apoyo del terapeuta no podrán conservar sus progresos. En lugar de cuestionar esta creencia por medios estrictamente verbales, espaciar las sesiones sirve como experimento conductual para ponerla a prueba. Si las sesiones eran semanales, al hacerlas quincenales el paciente comprueba que no pierde los cambios adquiridos en un intervalo de dos semanas. A continuación se puede pasar a sesiones mensuales. Si el paciente no conserva los cambios adquiridos entre las sesiones quincenales, es posible que aún no esté preparado para el fin del tratamiento, y que sea conveniente volver a las sesiones semanales hasta que queden resueltos más

problemas. Cuando el paciente tiene un grado importante de control sobre el espaciamiento de las sesiones, es probable que se sienta menos amenazado y más dispuesto a intentarlo, puesto que no se trata de algo irrevocable. El terapeuta puede ir distanciando las sesiones cada vez más, ofreciendo entrevistas mensuales, trimestrales o incluso semestrales. Pero entonces, si el paciente comprueba que puede pasar un mes sin terapia, comprende que ya no necesita seguir con el tratamiento.

Otra técnica que facilita el fin de la terapia con estos pacientes consiste en ofrecer sesiones de ayuda cuando resulten necesarias. Al dar por concluida la terapia, el terapeuta explica que si el paciente experimenta en el futuro cualquier dificultad, sea por problemas ya discutidos o por otros nuevos, será una buena idea que vuelva a tomar contacto con el profesional en una o dos sesiones de refuerzo. Esas sesiones sirven para «volver a encarrilar» al paciente, alentándole a reactivar las intervenciones que resultaron útiles en el pasado. El solo hecho de saber que se tiene esa posibilidad facilita la transición hacia el fin de la terapia.

Si el paciente dependiente logra más autonomía, tomará decisiones independientes; entonces quizás el tratamiento siga un curso distinto del previsto por el terapeuta. A veces es necesario «aflojar las riendas» con el paciente para permitirle ser más independiente. Por ejemplo, hubo varias sesiones con Karen en las que su motivación pareció desvanecerse, aparte de que no realizaba las tareas para casa.

Sus pensamientos y sentimientos sobre esas tareas ya habían sido examinados extensamente en algunas sesiones. Un día manifestó grandes dudas.

Karen: No quiero hacer nada más.

Terapeuta: Ayúdeme a comprender. Creí que usted quería poder conducir mejor.

Karen: Así es, pero no ahora. Siento que usted me empuja.

Terapeuta: Casi parece un poco enojada…

Karen (después de una pausa): Bien, quizá lo esté. También me siento culpable.

Terapeuta: ¿Culpable?

Karen: Porque debería poner más empeño, y usted se enfadará si no lo hago.

Terapeuta: Pero ¿qué es lo que quiere usted?

Karen (con firmeza): Trabajar este tema a mi propio ritmo.

Terapeuta: Se diría que lo tiene muy claro. ¿Qué hay de malo en eso?

Karen: Bien, supongo que nada. Pero después me pregunto si he realizado algún progreso.

Terapeuta: ¿Le gustaría que dedicáramos algún tiempo a pasar revista a sus progresos, a ver qué nos dicen los hechos y lo que significan para lo que hagamos en adelante?

Karen: Sí. Es una muy buena idea. Ya me siento aliviada. Creía que usted iba a enfadarse conmigo.

Terapeuta: ¿Siente alguna presión que la empuja a agradarme?

Karen: Sí, pero supongo que proviene de mí y no de usted.

(Se dedicaron 15 minutos a pasar revista a sus progresos. Karen se convenció de haber realizado progresos importantes con respecto a siete u ocho metas).

Karen: Ahora me siento mucho más tranquila. No sé cómo he llegado tan lejos.

Terapeuta: Los hechos parecen demostrar que lo ha hecho. ¿Hacia dónde quiere ir ahora?

Karen: Quiero trabajar el tema de la conducción por mí misma. Sé que necesito hacerlo.

Terapeuta: Entonces, ¿desea que dediquemos algo de tiempo a considerar cómo lo hará, y lo que irá alcanzando con un progreso sostenido?

(Se trabajó con estos temas durante 15 minutos).

Terapeuta: Muy bien. Parece que ahora usted tiene un plan claro para continuar progresando, así como algunas ideas sobre qué hacer si surgen problemas. ¿Qué impresión le deja?

Karen: Muy buena. Creía que hoy me iba a ir sintiéndome mal. Pero sé que esto es lo que quiero.

Terapeuta: De modo que usted esperaba que si era clara sobre lo que quería de mí se produciría un desastre. ¿Qué es lo que descubrió?

Karen: Que es todo lo contrario. Y que está muy bien tomar una decisión sobre lo que quiero.

Terapeuta: Y, desde luego, sabe que si desea más ayuda o presenta signos de retroceso lo razonable es que me llame para que consideremos cuál es la mejor forma de actuar.

Aunque el tratamiento del TPD puede ser un proceso lento, arduo y a veces frustrante, también es posible que resulte gratificador. Como lo demostraron Turkat y Carlson (1984) en su estudio de un paciente con TPD, el reconocimiento del trastorno, una formulación global del caso y la planificación estratégica de las intervenciones sobre la base de dicha formulación probablemente logren que el tratamiento sea más eficaz y menos frustrante que el tratamiento sintomático por sí solo.

Con una concepción adecuada y una planificación estratégica cuidadosa, tal vez el terapeuta podrá ver que el paciente se convierte en un adulto autónomo, lo cual

procura una satisfacción notablemente análoga a la de observar el crecimiento de un niño.

CAPÍTULO 14

EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) es muy común, sobre todo en hombres, en la cultura occidental actual (American Psychiatric Association, 1987). Esto se debe en parte al alto valor que la sociedad atribuye a la expresión moderada de algunas de las características de este estilo de personalidad, como la atención a los detalles, la autodisciplina, el control emocional, la perseverancia, la confiabilidad y la urbanidad. Pero en algunos individuos, esas características adquieren una forma tan extrema que generan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo. Cuando existe un trastorno de la personalidad diagnosticable, el individuo obsesivo es rígido, perfeccionista, dogmático, rumiador, moralista, inflexible, indeciso y está emocional y cognitivamente bloqueado.

Antecedentes históricos

Según Carr (1974), Esquirol fue quien primero escribió sobre el TOCP, en la primera parte del siglo XX. Después, este trastorno ha sido una de las esferas primordiales de interés en el campo de la salud mental durante el siglo XX. Freud (1908/1963) y algunos otros psicoanalistas (Abraham, 1921/1953; Jones, 1919/1961) fueron lo primeros en desarrollar una teoría y una forma de tratamiento explícitas para esos individuos. Existió alguna confusión con los términos «obsesión» y «compulsión», porque los primeros analistas los emplearon para designar conductas patológicas sintomáticas específicas y también un tipo de trastorno de la personalidad. Tanto a la neurosis, o trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I (según la denominación del DSM-III-R), como al trastorno de la personalidad (ahora TOCP de Eje II) se les atribuyó por hipótesis un origen en la etapa anal del desarrollo (de 1 a 3 años) y en una inadecuada educación de esfínteres.

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo son obsesiones (que consisten en pautas de pensamiento persistentes y ritualizadas) y compulsiones (pautas de conducta también persistentes y ritualizadas). El TOCP, o carácter anal, se caracteriza

por los siguientes rasgos de la personalidad: obstinación, orden y economía, o una combinación de obsesiones y compulsiones. La hipótesis es que esos rasgos de personalidad se han desarrollado a partir de los mismos conflictos y emplean los mismos mecanismos de defensa (regresión, formación reactiva, ritualización, aislamiento y anulación) que subyacen en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, los rasgos de personalidad se reflejan en el estilo general de la personalidad, egosintónico, y no en conductas sintomáticas específicas. Según Fenichel (1945), no se conocen las razones por las que una persona desarrolla un TOCP mientras otra presenta obsesiones o compulsiones específicas. Pero es posible que el trastorno de la personalidad represente una detención del desarrollo, mientras que los síntomas obsesivos o compulsivos indican una regresión a la etapa anal de la maduración psicosexual.

Wilhelm Reich es otro teórico de la escuela psicoanalítica que escribió sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, o sobre las «máquinas vivientes», que es como él denominó a los pacientes obsesivo-compulsivos (Reich, 1945, pág. 215). También para él el trastorno se debía a una educación de esfínteres impartida por padres rígidos y punitivos durante la etapa anal del desarrollo. En razón de esto, el niño desarrolla un superyó o conciencia moral muy estricta, que más tarde conduce a un control excesivo y al conflicto en la expresión de los impulsos, deseos o emociones. Reich creía que esa temprana pauta del desarrollo generaba algunas características que veía en los pacientes con TOCP: culpa, necesidad de control, pasión de coleccionista, inhibición, sentido pedante del orden y reserva en la manifestación de sentimientos.

Harry Stack Sullivan, psicoanalista heterodoxo, escribió sobre el TOCP desde una perspectiva un tanto diferente (Sullivan, 1956). Sullivan elaboró la teoría del psicoanálisis interpersonal. Creía que los problemas psicológicos derivaban de la relación con los demás, y no de fijaciones en las diversas etapas del desarrollo psicosexual, como pensaban los freudianos. A juicio de Sullivan el problema primordial de las personas con TOCP es su nivel extremadamente bajo de autoestima. Según su hipótesis, el origen está en un ambiente familiar en el que hay mucha ira y odio, pero en su mayor parte se hallan ocultos detrás de un amor y una delicadeza superficiales. A causa de esto, el obsesivo aprende lo que Sullivan llama «magia verbal». Se usan las palabras para enmascarar o excusar el verdadero estado de cosas (por ejemplo, «Esta paliza me duele a mí más que a ti»). Los obsesivos aprenden a basarse abiertamente en las palabras y en las reglas externas como guías de la conducta. No desarrollan aptitudes emocionales e interpersonales; suelen evitar la intimidad por miedo a que los conozcan.

Otro psicoanalista heterodoxo que subrayó la importancia de la baja autoestima en el TOCP fue Andras Angyal (1965). Angyal, como Sullivan, creía que la base de las disfunciones del obsesivo es la conducta errática, a menudo contradictoria, de sus progenitores. Las acciones y sentimientos de los padres suelen contradecir sus

palabras, o bien se comportan de modos incoherentes, aparentemente irracionales: por ejemplo, son afectuosos en un momento y fríos y distantes inmediatamente después. Las exigencias contradictorias de los padres y su fracaso obvio en la práctica de lo que predican crean confusión en el niño.

Un tercer psicoanalista heterodoxo que ha escrito ampliamente sobre el TOCP es León Salzman. Salzman afirma que:

> […] el dinamismo primordial en todos los casos obsesivo-compulsivos se pone de manifiesto como un intento de lograr el control de uno mismo y del propio ambiente para evitar o superar sentimientos angustiosos de desvalimiento (Salzman, 1973, pág. 27).

Salzman cree que esa pauta se exacerba por la tendencia del obsesivo a caer en los extremos. A menos que sienta que tiene el control, tiende a experimentar una falta total de control. El obsesivo trata de desarrollar su intelecto hasta alcanzar la omnisciencia. Esa necesidad de omnisciencia y perfección genera una falta de disposición para asumir riesgos, indecisión, posposición (para no cometer errores), rigidez, grandiosidad y malestar con la propia vida emocional, que es experimentada como fuera del control consciente.

Los teóricos conductistas han escrito muy poco sobre el TOCP; se han centrado más en las obsesiones y compulsiones específicas características del trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I del DSM-III-R. Esto se debe principalmente a la concepción conductista del trastorno psicológico, que se considera consistente en patrones específicos y aprendidos de conducta inadaptada, y a la incredulidad general del conductismo en lo que se refiere a la existencia de estilos o rasgos de personalidad amplios y estables.

Millón (1981; Millón y Everly, 1985) ha escrito sobre el TOCP desde la perspectiva de la teoría biosocial del aprendizaje. En esta teoría se intenta integrar la teoría biológica del aprendizaje con enfoques psicoanalíticos para comprender el desarrollo de la personalidad. Millón sostiene que el obsesivo se puede describir del mejor modo con una palabra: «conformarse». El obsesivo habría sido educado por padres excesivamente controladores que le castigaban por comportarse con autonomía o de algún modo que ellos desaprobaban, de modo que el niño nunca llegó a desarrollar una identidad separada y se conduce en la vida conformándose a normas parentales internalizadas estrictas, así como a las normas de quienes lo rodean.

Datos empíricos e investigaciones

Sobre el TOCP se han realizado pocas investigaciones definitivas. Hasta ahora, la mayor parte de lo que se sabe sobre este trastorno proviene del trabajo clínico. Existen muchas pruebas de que el TOCP es realmente una entidad clínica específica. De varios análisis factoriales se desprende que los diversos rasgos que según la hipótesis caracterizan al TOCP tienden a aparecer juntos (Hill, 1976; Lazare, Klerman y Armor, 1966; Torgerson, 1980). Pero son pocas las pruebas de que el trastorno tenga su origen en una educación de esfínteres inadecuada, como lo postula la teoría psicoanalítica (Pollack, 1979). Adams (1973), trabajando con niños obsesivos, encontró que lo padres tenían algunos rasgos obsesivos, como ser estrictos y controladores, excesivamente exigentes, carecer de empatía y desaprobar la expresión espontánea de afecto. Aún no se ha determinado qué porcentaje de niños con rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva se convierten en adultos con TOCP.

Empezamos a disponer de algunas investigaciones sobre las bases genéticas fisiológicas del TOCP. En un estudio de Clifford, Murray y Fulker (1980) se encontró una correlación de los rasgos obsesivos, medidos con la escala de rasgos del Inventario de la Obsesión de Layton, significativamente más alta en una muestra de gemelos monocigóticos que en una muestra de gemelos dicigóticos. En otro estudio, Smokler y Shevrin (1979) examinaron los estilos de personalidad histriónico y obsesivo en relación con la hemisfericidad cerebral reflejada por los movimientos oculares laterales. Estos autores hallaron que los sujetos obsesivos miraban predominantemente hacia la derecha, lo que indicaba un grado más alto de activación del hemisferio izquierdo, mientras que los histriónicos miraban predominantemente hacia la izquierda. El hemisferio izquierdo ha sido asociado con el lenguaje, el pensamiento analítico y la razón —que son las actividades probables en el obsesivo —. El hemisferio derecho se ha asociado con la imaginación y el pensamiento sintético.

La conceptualización de la terapia cognitiva

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1979):

> La teoría cognitiva tiene la base teórica subyacente de que el afecto y la

> conducta de un individuo están en gran medida determinados por el modo como estructura el mundo. Sus cogniciones (acontecimientos verbales o pictóricos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias previas (pág. 3).

El primer teórico que escribió extensamente sobre el TOCP desde el punto de vista primordialmente cognitivo fue David Shapiro. Shapiro, formado como psicoanalista, elaboró sus concepciones a causa de su insatisfacción con la teoría psicoanalítica de los trastornos de la personalidad. Este autor delineó la estructura y las características de algunos de los que denominó «estilos neuróticos». Según él:

> […] el estilo general del pensamiento (de una persona) puede considerarse una matriz en la que cristalizan los diversos rasgos, síntomas y mecanismos de defensa (Shapiro, 1965, pág. 2)

Más tarde escribió que:

> […] la concepción de la conducta sintomática como un reflejo del modo característico como los individuos piensan y ven las cosas es en cierto sentido no sólo diferente de la concepción dinámica tradicional, sino directamente opuesta a ella (Shapiro, 1981, págs. 3-4).

Aunque sin presentar una teoría amplia del TOCP, Shapiro examina lo que considera tres de sus características primordiales. La primera es un estilo de pensamiento rígido, intenso, concentrado. Shapiro encuentra que las cogniciones de los obsesivos muestran una elevada dependencia con respecto al estímulo, lo que es similar en cierto modo a lo que ocurre en personas que tienen algún daño cerebral orgánico. Están continuamente atentos y concentrados; pocas veces dejan vagar su atención, por lo cual tienden a resolver bien las tareas técnicas y detalladas pero pocas veces se asombran, y no disciernen bien las cualidades más globales y sutiles de las cosas, como por ejemplo el tono de una reunión social. Shapiro dice que los obsesivos presentan una «contraatención activa». La nueva información o las influencias externas les distraen o perturban, y tratan activamente de que esas distracciones no penetren en el estrecho campo de su atención.

La segunda característica que Shapiro discute es la distorsión del sentido de la autonomía. Para el obsesivo,

> […] el autocontrol está distorsionado; no tiene el sentido normal de elección voluntaria y deliberada, de acción intencional, sino de un control autoconsciente de toda acción, del ejercicio de una continua presión y

> dirección voluntarias de sí mismo, semejantes a la de un supervisor y, por extraño que parezca, de un esfuerzo tendiente a dirigir a voluntad los propios deseos y emociones (Shapiro, 1965, págs. 36-37).

El aspecto fundamental de la experiencia del obsesivo es la cognición «se debe». Los obsesivos experimentan cualquier relajamiento de la actividad intencional y deliberada como impropia e insegura. Invocan la moral, la lógica, las costumbres sociales, la propiedad, las reglas de la familia y la conducta pasada en situaciones similares, para determinar lo que «se debe» hacer en un caso dado, y después actúan en consecuencia.

La característica final mencionada por Shapiro es la pérdida de la realidad o del sentido de convicción sobre el mundo. Como el obsesivo está en gran medida separado de sus deseos, preferencias y afectos, sus decisiones, acciones y creencias tienden a ser mucho más tenues que las de la mayoría de las personas. Esto conduce a diversas combinaciones de duda continua o dogmatismo, que son intentos alternativos de abordar este conflicto.

Guidano y Liotti (1983) son terapeutas cognitivos que han escrito sobre el TOCP. Sostienen que el perfeccionismo, la necesidad de certidumbre y una fuerte creencia de la existencia de una solución absolutamente correcta para los problemas humanos son las componentes inadaptadas que subyacen tanto en el TOCP como en la conducta ritualista del trastorno obsesivo-compulsivo del Eje I. Esas creencias llevan a dudar en exceso, a posponer toda acción, preocuparse demasiado por los detalles y a la incertidumbre en la toma de decisiones. Lo mismo que Sullivan y Angyal, Guidano y Liotti han encontrado que los obsesivos por lo general provienen de hogares en lo que recibieron mensajes muy mezclados, contradictorios, de por lo menos uno de los progenitores.

Características

Los obsesivo-compulsivos se caracterizan por cierto contenido, estilo y estructura de sus procesos de pensamiento. Los pensamientos del obsesivo suelen ser irracionales y disfuncionales, y conducen a emociones, conductas y respuestas fisiológicas inadaptadas. Entre los pensamientos automáticos típicos del obsesivo-compulsivo se cuentan los siguientes:

- «Debo realizar esta tarea a la perfección.»
- «Tengo que hacer esto yo mismo, o no quedará bien hecho.»
- «Tendría que estar haciendo algo útil en lugar de perder el tiempo leyendo esta novela.»
- «Más vale que piense algo más sobre esto antes de decidir qué hacer, o quizá cometa un error.»
- «¿Y si me olvido de hacer algo?»
- «Esa persona se comportó mal y tiene que ser castigada.»
- «Más vale que haga esto de nuevo, para estar seguro de que está bien.»
- «Más vale que conserve esta vieja lámpara; quizá la necesite algún día.»
- «Debo querer hacer este encargo.»
- «Debo disfrutar en esta fiesta.»

Los pensamientos automáticos del obsesivo-compulsivo se basan en ciertos supuestos que él tiene sobre sí mismo y sobre el mundo. McFall y Wollersheim (1979), y Freeman, Pretzer y Simón (1990) han identificado algunos de los más importantes y problemáticos de esos supuestos. Entre los más comunes se cuentan los siguientes:

1. «*Las conductas, decisiones y emociones son correctas o incorrectas*». Lo típico es que la gama de actos y sentimientos considerados perfectamente aceptables sea estrecha. Cualquier cosa que caiga fuera de ese dominio limitado es imperfecta, y por lo tanto «errónea». Por ejemplo, una joven estudiante se quejó de «perder el equilibrio» al irritarse con su compañera de vivienda, que se había mudado dejando la casa totalmente desordenada. Aunque esa irritación era moderada y la mayoría de las personas la habría justificado, ella se sentía muy perturbada porque no quería experimentar ninguna emoción negativa.
2. «*Para ser una persona valiosa debo evitar los errores*». Si los obsesivos hacen o sienten algo imperfecto llegan a la conclusión de que son personas malas o carentes de valor. Como no es posible ser siempre perfecto, el obsesivo experimenta baja autoestima y depresión. La perspectiva de ser imperfecto en el futuro le genera ansiedad, angustia y evitación. Un ejemplo es el del pintor que evita trabajar en su último cuadro porque podría «estar mal» de algún modo: quizá no tenga suficiente relevancia social, no ocupe una buena posición en la historia del arte o no le guste a un amigo. Cualquiera de esas deficiencias significa que él no tiene méritos como artista.
3. «*Cometer un error es fracasar» y «El fracaso es intolerable*». La idea del

obsesivo de que el éxito exige perfección hace inevitable la experiencia del fracaso. El supuesto adicional de que el fracaso es terrible determina que experimente como intolerables, trágicas y horribles muchas de las deficiencias normales de la vida. Un ejemplo de este modo de pensar es el del hombre de negocios que quiere regalarle algo especial a su secretaria, que le atrae mucho. Después de encargar una joya para ella, se atormenta con la duda de si a la joven le gustará o no. El pensamiento de que quizás haya cometido un error —es decir, que tal vez a ella no le guste— le provoca depresión y ansiedad.

4. «*Quien comete un error merece ser censurado*». El razonamiento es el siguiente: uno es (inevitablemente) imperfecto, y por lo tanto tiene que sentirse muy culpable (es decir, condenarse a sí mismo). Si uno no es severamente autocrítico ante sus propios errores transige con ellos y será cada vez más imperfecto y menos valioso. Por ejemplo, una mujer obsesiva que inicia una dieta para adelgazar sentirá que cualquier desviación, por pequeña que sea, respecto del programa establecido, significa que ha fracasado. Quizá siga a la perfección la dieta durante once días, pero si al día siguiente come un bizcocho, se verá como totalmente fuera de control, gorda y desagradable. Si el terapeuta sugiere que esa culpa y depresión no guardan proporción con su «pecado», ella responderá que sin culpa se controlaría cada vez menos y finalmente se convertiría en obesa.
5. «*Debo tener un control perfecto de mi ambiente y también de mí mismo», «La pérdida del control es intolerable» y «Perder el control es peligroso*». Estos son los supuestos que sostienen la insistencia del obsesivo en la certidumbre y la predecibilidad. Si el mundo no es predecible, ¿cómo podrá una persona conservar el control total de sí misma y no cometer errores? Una vez más, el obsesivo se impone exigencias imposibles. Cuando no logra estar a la altura de sus imperativos, experimenta terror y frustración. Hay que vivir con enorme cuidado, para no correr el terrible riesgo de cometer un error.
6. «*Si algo es o puede ser peligroso tiene que trastornarnos terriblemente*». Consideremos el caso de una mujer obsesiva que se entera de que un hombre sufrió un ataque cardíaco mientras conducía, chocó y murió en el accidente. La obsesiva quizá reaccione con pánico a conducir sola, porque también teme tener un ataque y morir. No le importa que ella sea una mujer sana de 32 años, mientras el hombre tenía 62 y una historia de tensión sanguínea elevada e infartos. Al obsesivo no le basta con reconocer que algo es peligroso, tomar medidas para reducir el riesgo y dejar de pensar en el asunto. Se siente compelido a preocuparse mucho. La razón es la siguiente.
7. «*Tenemos el poder de iniciar o prevenir catástrofes mediante rituales mágicos o rumiaciones obsesivas*». Se considera que la preocupación es eficaz. Si uno se preocupa lo bastante puede impedir que se produzcan las horribles

consecuencias que prevé como posibles. Además, «realizar un ritual u obsesionarse es más fácil que enfrentarse directamente con los propios pensamientos o sentimientos». Asimismo, «si piensas los suficiente en algo, surgirá la decisión o el curso de acción perfectos». Los actos rituales y la rumiación obsesivos se consideran esenciales, útiles y productivos; cualquiera otra cosa sería temeraria y peligrosa.

8. «Si *el curso perfecto de una acción no se ve con claridad, es preferible no hacer nada*». Como la imperfección tiene consecuencias terribles, es frecuente que el obsesivo opte o actúe sólo cuando está seguro del éxito. Como en la vida no hay muchas certidumbres, la mejor alternativa suele ser no hacer nada. Si uno no hace nada, no puede fracasar, y no corre el riesgo de censurarse a sí mismo o ser censurado por los demás. La posposición de decisiones del estudiante o del abogado son ejemplos de este supuesto en acción. El problema que supone esta estrategia es obvio, si tenemos en cuenta que el ambiente reclama productividad con más frecuencia que perfección, y por lo general penaliza lo improductivo.
9. «*Sin mis reglas y rituales, me derrumbaré como un montón de escombros*». Los obsesivos a veces no comprenden que es probable que tengan muchas razones para hacer cosas que son importantes para ellos. En consecuencia, si el terapeuta sugiere modificar o abandonar algunas reglas o rituales, el obsesivo teme el desastre: «Dejaré de trabajar si hago esto», «Mi trabajo perderá calidad», «Me volveré promiscuo», y así sucesivamente. Puesto que prevé esas consecuencias, el obsesivo no se atreve a cuestionar sus reglas.

Los supuestos subyacentes explican las características importantes y menores del TOCP, y es necesario refutarlos para que estos clientes superen los efectos nocivos de su estilo. Además de tales supuestos, hay ciertas distorsiones cognitivas (es decir, errores sistemáticos en el procesamiento de la información) también características de este trastorno. Entre ellas está el pensamiento dicotómico, la tendencia a ver las cosas en términos de «todo o nada» y «blanco o negro». Esa es la tendencia en que se basan la rigidez, la posposición de decisiones y el perfeccionismo del obsesivo. Sin este estilo de pensamiento primitivo, global, el obsesivo percibiría los matices que son obvios para otras personas: las cosas pueden ser perfectas, excelentes, muy buenas, buenas, regulares, malas, muy malas, extremadamente malas. El obsesivo sería entonces capaz de tolerar el hecho de haber tomado una decisión imperfecta, porque de todos modos es buena. Para el pensamiento dicotómico una decisión imperfecta es por definición una decisión errónea y, como tal, intolerable.

Otra distorsión cognitiva en la que suele caer el obsesivo-compulsivo es la magnificación o el catastrofismo. Estos pacientes exageran muchísimo la importancia o las consecuencias de una imperfección o error. Si en un test obtienen menos del 100%, lo consideran un fracaso (en virtud del pensamiento dicotómico) pero además

ven el «fracaso» como algo horrible, que tendrá graves consecuencias. Al obsesivo suele costarle calibrar la importancia real de lo hechos. Con frecuencia sufre la distorsión cognitiva complementaria de la minimización o insuficiente valoración de la importancia de una acción o hecho. Por ejemplo, quizá preste atención a que todos los detalles de un proyecto tengan una perfección total, pero no advierte que el proyecto en su conjunto está muy atrasado, lo que es mucho más importante y quizá perjudicial.

Una característica de muchos obsesivos es que piensan en términos de «debería» y «debo». Este estilo de pensamiento primitivo, absolutista y moralista los lleva a hacer lo que deberían o deben hacer según sus normas internalizadas estrictas, y no lo que desean hacer o es preferible que hagan. Cada tarea tiene entonces la fuerza de un imperativo que reemplaza a la presión de la volición personal como fuente primordial de la motivación. Si el obsesivo no hace lo que «debería» tiene que experimentar culpa y sentirse autocrítico. Además, si los otros no hacen lo que «deberían» merecen la ira y la condena. Karen Horney (1950) examinó con gran detalle este estilo de pensamiento, denominándolo «tiranía de los debería» (pág. 65). Beck (1967, 1976) y Ellis (1962) también han escrito sobre algunos de los problemas psicológicos que puede engendrar este modo de pensamiento.

Criterios diagnósticos y estrategias de evaluación

Los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el TOCP aparecen en la tabla 14.1:

TABLA 14.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad***

Una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y se da en diversos contextos. Esta pauta se caracteriza por al menos cinco de las siguientes características:

1. Perfeccionismo que interfiere en la ejecución de las tareas; por ejemplo, incapacidad para completar un proyecto a causa de que los criterios del sujeto, exageradamente estrictos, son casi imposibles de cumplir.
2. Preocupación por los detalles, normas, listas, órdenes, organizaciones y horarios, al extremo de que se pierde en eso casi todo el tiempo disponible.

3. Irrazonable insistencia en que los demás hagan las cosas exactamente de acuerdo con sus ideas, o reticencia también irrazonable a permitir que otras personas hagan las cosas, debido al convencimiento de que no las harán correctamente.
4. Excesiva devoción al trabajo y la productividad, con exclusión de amistades y actividades recreativas (que no se explica, además, por necesidades económicas obvias).
5. Indecisión: la toma de decisiones se evita, se pospone o se delega. El individuo no hace las cosas cuando es necesario, porque pierde mucho tiempo pensando en las posibles prioridades (se excluye la indecisión debida a una necesidad excesiva de consejos o recomendaciones por parte de los demás).
6. El sujeto es excesivamente consciente, escrupuloso e inflexible en lo que respecta a la moral, ética o los valores (no explicados por identificación cultural o religiosa).
7. Expresión restringida de los afectos.
8. Falta de generosidad con el tiempo, el dinero o los regalos cuando no hay posibilidades de obtener ganancia personal.
9. Incapacidad para desechar los objetos usados o inútiles, incluso cuando carecen de valor sentimental.

La evaluación y el diagnóstico de este trastorno no suelen ser difíciles si el clínico tiene presentes y observa sus diversas manifestaciones. En el primer contacto telefónico con el obsesivo, es posible detectar signos de rigidez o indecisión para acordar la primera entrevista. La indecisión del obsesivo se basa en el miedo a cometer un error, y no a desagradar o importunar al terapeuta, como sería el caso con un paciente dependiente. En el contacto personal, se advierte que el paciente es altisonante y formal, y no particularmente cálido o expresivo. Mientras trata de expresarse correctamente, el obsesivo suele rumiar mucho sobre cada tema; le puntualiza al terapeuta todos lo detalles y considera todas las opciones. A la inversa, quizás hable de manera lenta y dubitativa, lo que también se debe a su ansiedad por expresarse correctamente. El contenido del discurso del obsesivo se refiere mucho más a hechos e ideas que a sentimientos y preferencias. En la información histórica y actual sobre la vida del paciente, entre los posibles indicadores de TOCP se cuentan los siguientes: el paciente se ha criado en el tipo de ambiente familiar rígido y controlador al que nos hemos referido; no tiene relaciones interpersonales estrechas y no se confía a los demás; su profesión es técnica y exige atención a los detalles

(ciencias económicas, derecho, ingeniería); no tiene actividades de tiempo libre, o bien éstas sirven a propósitos determinados, apuntan a metas y no sólo a procurar placer.

A veces es útil el empleo de tests psicológicos formales para diagnosticar el TOCP. El Inventario Clínico Multiaxial de Millón (Millón, 1983) fue creado específicamente para diagnosticar trastornos de la personalidad, y suele ayudar a comprender las diversas manifestaciones del TOCP. Las respuestas típicas a los tests proyectivos revelan mucha atención prestada a los pequeños detalles en el Rorschach, e historias largas, detalladas, moralizadoras en el Test de Apercepción Temática. Pero hay que evaluar si conviene dedicar tiempo y dinero a la realización de tests proyectivos, puesto que es probable que también sin ellos se llegue al diagnóstico y a la comprensión precisos del paciente.

El modo más simple y económico de diagnosticar el TOCP consiste en preguntarle directamente al paciente, sin tono crítico, si le parece que se le aplican los diversos criterios del DSM-III-R. La mayoría de los obsesivos están dispuestos a asentir a criterios tales como el de que no se sienten cómodos expresando afecto, o como el perfeccionismo y la dificultad para desprenderse de cosas viejas, aunque quizá no comprendan la relación entre esas características y los problemas que les han llevado a iniciar la terapia.

Trastornos relacionados del Eje I

Los pacientes con TOCP recurren al terapeuta por una amplia variedad de problemas. Pero muy pocas veces o nunca piden ayuda por su trastorno de la personalidad, aunque en algunos casos tienen conciencia de que ciertos aspectos de su carácter, como el perfeccionismo excesivo, inciden en sus dificultades psicológicas.

El problema presentado más común de las personas con TOCP es alguna forma de ansiedad. El perfeccionismo, la rigidez y una conducta permanentemente gobernada por fórmulas imperativas predisponen al obsesivo a experimentar la ansiedad moderada crónica característica del trastorno por ansiedad generalizada. Muchos obsesivos se preocupan y se preguntan continuamente si se conducen lo bastante bien o están realizando las cosas de modo correcto. Esto suele conducir a los rasgos característicos de la indecisión y posposición de acciones, que son frecuentemente quejas presentadas. En ciertos obsesivos la ansiedad crónica se intensifica hasta convertirse en crisis de angustia si se encuentran en un conflicto severo entre su

obsesividad y las presiones externas. Por ejemplo, si un obsesivo trabaja en un proyecto y progresa con mucha lentitud debido a su perfeccionismo, a pesar de que cuenta sólo con un lapso breve para completar la tarea, su ansiedad puede intensificarse hasta convertirse en angustia. El obsesivo suele comenzar a rumiar y preocuparse por los diversos síntomas físicos que acompañan a la angustia —como las palpitaciones o la respiración agitada—. Esto conduce al círculo vicioso a veces observable en los pacientes con trastorno por angustia: la mayor preocupación intensifica los síntomas concomitantes, lo cual genera mayor preocupación, y así sucesivamente.

Los pacientes con TOCP también padecen obsesiones y compulsiones específicas en un porcentaje superior al promedio. En un estudio realizado por Rasmussen y Tsuang (1986) se encontró que el 55 por ciento de una muestra de 44 pacientes con síntomas obsesivos o compulsivos tenía un TOCP.

Otro problema que se presenta comúnmente cuando existe este trastorno es la depresión, que puede tomar la forma del trastorno distímico o la depresión mayor unipolar. Los obsesivos suelen llevar una vida chata, aburrida, insatisfactoria, y padecer una depresión crónica moderada. Con el tiempo, algunos se percatan de ello, aunque no comprenden a qué se debe, y llegan a la terapia quejándose de anhedonia, aburrimiento, falta de energía y de no disfrutar la vida como parecen hacerlo otras personas. A veces los empuja a la terapia el cónyuge, que los ve deprimidos y deprimentes. Debido a su rigidez, perfeccionismo y fuerte necesidad de tener el control de sí mismos, de su ambiente y de sus emociones, los obsesivos son muy proclives a sentirse abrumados, desesperanzados y deprimidos cuando pierden el control de sus vidas y sus mecanismos habituales de control resultan ineficaces.

Los obsesivos suelen experimentar diversos trastornos psicosomáticos. Están predispuestos a desarrollar esos problemas a causa de los efectos físicos de su estado de activación y excitación continuas. Es frecuente que padezcan dolor de cabeza o de espalda, estreñimiento o úlcera. También es posible que tengan personalidades de Tipo A, con mayor riesgo de problemas cardiovasculares, en particular si a menudo sienten cólera y hostilidad. Los pacientes con estos trastornos suelen ser derivados a la terapia por sus médicos, pues lo común es que el obsesivo piense que esos problemas tienen causas físicas. Puede resultar difícil conseguir que comprendan y reconozcan los aspectos psicológicos de sus patologías.

Algunos pacientes con TOCP se presentan con trastornos sexuales. La incomodidad que al obsesivo le provocan las emociones, la falta de espontaneidad, el control excesivo y la rigidez no favorecen una expresión libre y cómoda de su sexualidad. Las disfunciones sexuales comunes que experimenta el obsesivo son deseo sexual inhibido, incapacidad para llegar al orgasmo, eyaculación precoz y dispareunia.

Por último, los obsesivos llegan a la terapia incitados por otros, que tienen problemas en el trato con ellos. Un cónyuge inicia a veces una terapia de pareja a

causa del malestar que le provoca la inaccesibilidad emocional, la adicción al trabajo o el escaso tiempo que el obsesivo dedica a la familia. Es posible que una familia con un progenitor obsesivo recurra a la terapia por el estilo rígido y estricto con los hijos, que puede conducir a luchas crónicas con ellos. A veces el director de una empresa envía a terapia a un empleado obsesivo por su continua posposición de decisiones y tareas o su incapacidad para las relaciones interpersonales vinculadas al trabajo.

Enfoques del tratamiento

La meta general de la terapia con estos pacientes es ayudarles a modificar o reinterpretar los supuestos problemáticos subyacentes, para que cambien la conducta y las emociones. La terapia comienza centrándose en el problema presentado. Los terapeutas cognitivos están por lo general mucho más dispuestos que los terapeutas psicodinámicos. Estos últimos centran mucho más su atención en los factores inconscientes. Si el paciente empieza quejándose de ansiedad, dolor de cabeza o impotencia, el terapeuta cognitivo por lo general aborda esos problemas. A veces el obsesivo exterioriza más sus quejas —por ejemplo, «Mis supervisores son muy críticos con mi trabajo, sin ninguna razón»—. Con este tipo de presentación del problema, el trabajo suele ser más difícil. No obstante, también en este caso se puede tratar la queja presentada, estableciendo con claridad que, como la terapia no podrá cambiar directamente la conducta de los supervisores, la meta tendrá que ser modificar la conducta del paciente de un modo tal que lleve a esos supervisores a actuar de otra manera.

Como en todas las terapias, es importante empezar estableciendo *rapport* con el paciente. Esto puede resultar difícil con los obsesivos a causa de su rigidez, de la incomodidad que les producen las emociones y de la tendencia a subestimar la importancia de las relaciones interpersonales. La terapia con el obsesivo tiende a ser de un tipo más «práctico» y centrado en el problema, con menos énfasis en el apoyo emocional y la relación. El *rapport* suele basarse en el respeto que el paciente le tiene a la capacidad del terapeuta, así como en la creencia de que el terapeuta respeta al paciente y puede serle útil. Es perjudicial que en la terapia se intente demasiado pronto una relación emocional más estrecha de lo que el obsesivo tolera sin incomodidad; el resultado suele ser un abandono precoz del tratamiento. Este tema es examinado más extensamente en el artículo de Beck (1983) sobre el tratamiento de la depresión autónoma.

Los obsesivos suscitan en el terapeuta diversas reacciones emocionales. Algunos terapeutas encuentran que estos pacientes son algo áridos y aburridos por su falta general de emotividad, y en particular por su tendencia a fijarse en los aspectos fácticos de los acontecimientos, en detrimento de su tonalidad afectiva. También pueden exasperar por su lentitud y por la atención que dedican a los detalles, sobre todo cuando el terapeuta valora la eficiencia y la orientación hacia metas. Algunos terapeutas gustan de la idealización y la dependencia que muchos pacientes desarrollan en la terapia, pero el obsesivo no tiende a establecer este tipo de relación terapéutica, por lo cual les resulta menos gratificante. Hay obsesivos que en la terapia hacen un *acting out* de sus necesidades de control, sea de manera directa o pasivo-agresiva. Por ejemplo, cuando se les asigna una tarea, dicen que ese encargo está fuera de lugar o es estúpido, o bien lo aceptan pero lo olvidan o no tienen tiempo para cumplir. Estos pacientes pueden provocar ira y frustración, o generar conflictos relacionados con la propia necesidad del terapeuta de tener el control.

Las reacciones del terapeuta proporcionan a veces información valiosa sobre los pacientes obsesivos y las fuentes de sus dificultades. No obstante, el terapeuta debe basarse en las necesidades y problemas que presenta el paciente, y no tratar de cambiarlo de acuerdo con sus propios valores. Por ejemplo, un paciente obsesivo puede ser mucho menos expresivo de lo que el terapeuta considera psicológicamente sano, sin que para ese paciente tal hecho sea una fuente de dificultades significativas o de malestar subjetivo.

En la terapia cognitiva es vital que al paciente se le presente muy pronto el modelo cognitivo, según el cual los sentimientos y conductas se basan en la percepción de los hechos de la vida, en lo que se piensa sobre ellos y en los significados que se les atribuye. Esto se puede demostrar estando alerta a cualquier cambio de afectos que se produzca en la sesión, y preguntándole al paciente qué pensó inmediatamente antes. Otra demostración consiste en describir, por ejemplo la situación de alguien que espera a un amigo que se retrasa, listando las diversas emociones que experimenta mientras tanto —ira, ansiedad o depresión—, y relacionándolas con los pensamientos que probablemente las producen: «¿Cómo se atreve a hacerme esperar?», «Quizá tuvo un accidente» o «Esto no hace más que demostrar que no le gusto a nadie».

Además de enseñarles a los pacientes la teoría cognitiva de la emoción, al principio de la terapia cognitiva es importante establecer sus metas, que desde luego están relacionadas con los problemas planteados y que en el caso del obsesivo son del tipo «realizar a tiempo las tareas en la empresa», «no sufrir más dolores de cabeza por tensión» o «tener orgasmos». Hay que ser concreto en la enumeración de las metas; es más difícil trabajar con metas generales tales como «no estar deprimido». Si al paciente le preocupa sobre todo su depresión, hay que fragmentarla en sus diversos aspectos —por ejemplo, no poder levantarse por la mañana o no conseguir terminar nada— para trabajar eficazmente sobre el trastorno.

Después de establecidas las metas que el paciente y el terapeuta consideran pertinentes y alcanzables, de mutuo acuerdo, se determina el orden en que serán abordadas, pues suele ser difícil y a menudo improductivo que se trabaje con todas a la vez. Dos criterios posibles para ese ordenamiento son la importancia de cada problema y la facilidad con que se puede resolver. Con frecuencia conviene obtener un éxito temprano y rápido, para reforzar la motivación del paciente y su fe en el proceso terapéutico. Después de determinar las zonas-problema, hay que identificar los pensamientos y esquemas automáticos asociados con ellas.

Por lo general, el problema sobre el que se trabaja es observado semanalmente entre sesiones, mediante un registro de pensamientos disfuncionales (Beck y otros, 1979). El registro de pensamientos disfuncionales le permite al paciente definir la situación, así como cuáles son sus sentimientos y pensamientos cuando se produce el problema. Un obsesivo que trabaja sobre la posposición de actividades, por ejemplo, registra que está realizando una tarea en la oficina, se siente ansioso, y piensa: «No quiero terminar esta tarea porque no podré realizarla a la perfección». Después de reunir algunos ejemplos análogos de pensamiento automático, el obsesivo ve con claridad que gran parte de su ansiedad y el hecho de que posponga sus tareas se deben al perfeccionismo. A continuación se determinan los supuestos o esquemas subyacentes a los diversos pensamientos automáticos. En el ejemplo del perfeccionismo, un supuesto subyacente posible es: «Para ser una persona valiosa no debo cometer errores». A continuación se ayuda al paciente a comprender cómo aprendió el esquema. Por lo general se ha desarrollado a partir de la interacción con sus padres o con otras figuras significativas, aunque a veces se basa más en normas culturales o se ha generado de un modo más peculiar del sujeto. La terapia consiste en orientar al paciente obsesivo para que identifique y comprenda las consecuencias negativas de esos supuestos o esquemas; luego se elaboran maneras de refutarlos, a fin de que dejen de controlar los sentimientos y la conducta produciendo los problemas tal como se manifiestan.

Técnicas específicas de la terapia cognitiva

Dentro de la amplia estructura general de la terapia cognitiva, hay algunas técnicas específicas que son útiles con los pacientes obsesivo-compulsivos. Es importante estructurar las sesiones de terapia estableciendo una agenda con prioridades y utilizando técnicas de resolución de problemas; esto facilita el trabajo dadas algunas

características del obsesivo —como la indecisión, la rumiación y la posposición—. La estructura obliga al paciente a escoger y trabajar con un problema específico hasta conseguir un nivel aceptable. Si al obsesivo le resulta difícil trabajar sobre la estructura, el terapeuta lo guía para que considere sus pensamientos automáticos y relacione cada dificultad con los problemas generales de la indecisión y la posposición. El «programa de actividad semanal» (Beck y otros, 1979), un formulario en el que el paciente proyecta hora por hora las actividades de la semana, es muy beneficioso para ayudarle a estructurar su vida y ser más productivo con menos esfuerzo.

Las técnicas de relajación y meditación suelen ser útiles, en razón de la ansiedad y los síntomas físicos, frecuentes en el obsesivo. Al principio al paciente le cuesta aplicar esas técnicas, porque cree que pasar media hora relajándose o meditando es una pérdida de tiempo. Un método terapéutico cognitivo utilizable para abordar las cuestiones de este tipo consiste en listar las ventajas y desventajas de una conducta o creencia específicas.

Una desventaja de las técnicas de relajación para el obsesivo es que toman tiempo; la ventaja es que después el paciente puede hacer más cosas porque está despejado y se siente menos ansioso.

Con estos pacientes suele ser útil realizar un experimento conductual (otra técnica específica de la terapia cognitiva). Por ejemplo, en lugar de cuestionar directamente una cierta creencia, el terapeuta adopta respecto de ella una actitud neutral, experimental. Si un hombre de negocios obsesivo piensa que no tiene tiempo para relajarse, el terapeuta le encarga intentar la relajación sólo algunos días, usando a veces una cinta grabada, y otras sin recurrir a ella; después se comparan los resultados. También es útil evaluar hasta qué punto el paciente disfruta de los días en los que hace relajación, en comparación con aquellos en los que no la hace. Los obsesivos tienden a valorar el placer mucho menos que la productividad. Suele ser terapéutico ayudarles a tomar conciencia de esto y evaluar con ellos los supuestos que están detrás de sus valores acerca del papel del placer en la vida.

Varias técnicas cognitivas y conductuales sirven para ayudar al paciente obsesivo a controlar su preocupación y rumiación crónicas. Una vez que ha aceptado que son disfuncionales, se le enseñan técnicas de distracción o detención del pensamiento, para reorientar sus procesos mentales. Si sigue creyendo que preocuparse es útil o productivo, quizás acepte hacerlo sólo durante cierto lapso en el curso del día, liberándose así por lo menos durante el resto de la jornada. El encargo de tareas graduales mediante la fragmentación de una meta o tarea en pasos definibles específicos también suele dar resultado. Sirve para contrarrestar el pensamiento dicotómico y el perfeccionismo; demuestra que la mayoría de las cosas se logran progresando poco a poco, y no haciéndolas a la perfección desde el principio.

Estudio de un caso

El siguiente estudio de un caso ilustra el empleo de la terapia cognitiva con un paciente obsesivo-compulsivo. El señor S. era un ingeniero blanco de 45 años, casado y con un hijo de 10 años.

Recurrió a la terapia cognitiva después de la exacerbación de un problema que tenía desde mucho tiempo antes: un dolor muscular severo en la espalda, el cuello y los hombros. Padecía ese síntoma desde los 28 años. Al principio pensó que era puramente físico, pero el médico le aclaró que, si bien tenía una artritis leve en el cuello, ésa no podía ser la causa de un dolor de la magnitud del que estaba experimentando. En los diez años que siguieron, el señor S. fue periódicamente tratado por osteópatas, fisioterapeutas y quiroprácticos. Se le habían prescrito Valium y aspirina. Esos tratamientos lo aliviaron hasta cierto punto, pero a los 38 años tuvo un episodio de fuerte dolor y perdió tres meses de trabajo en un proyecto complicado e importante. Entonces comenzó a considerar seriamente la posibilidad de que el dolor de cuello y espalda estuviera relacionado con la tensión psicológica que estaba experimentando.

Durante los dieciocho meses que siguieron, el señor S. hizo una psicoterapia de orientación psicodinámica, que le pareció útil, pues le ayudó a comprender que su dolor de espalda expresaba tensión y ansiedad; también le aclaró algo más ciertos problemas de su historia familiar. Pero al finalizar esa terapia el señor S. seguía padeciendo algún grado de malestar casi todos los días. Periódicamente tenía episodios de tirones en los músculos de la espalda, con un gran dolor que duraba varios días. Durante unos años se manejó con técnicas de relajación, tomando aspirinas y tratándose ocasionalmente con un osteópata. Después de uno de esos episodios más severos, el señor S. decidió dirigirse al Centro de Terapia Cognitiva, sobre el que había leído algo en un artículo de revista.

Este paciente había nacido y había sido criado en el sur de los Estados Unidos. Tenía una hermana siete años mayor. Provenía de una familia de clase media, religiosa y conservadora. El padre era gerente de ventas. El señor S. lo describió como un hombre simpático, un tanto ansioso, con el que tenía una relación buena pero no muy estrecha. Se sentía mucho más próximo a su madre, ama de casa, y siempre le importó la opinión que ella tenía de él. De niño, la madre había estado muy ligada a su hijo. A él le gustaba eso, pero también la veía como una mujer muy crítica y un juez severo, con montañas de «se debe» sobre el modo como supuestamente correspondía comportarse. El señor S. recordó un incidente en particular. Cuando él estaba en primer grado, un amigo le había escrito una carta, y él intentó redactar la respuesta. No le resultó fácil hacerlo; sin que ella lo dijera explícitamente, tuvo la impresión de que la madre estaba insatisfecha y pensaba: «Tu amigo te ha escrito una carta. ¿Por qué no puedes hacerlo tú?».

El señor S. dijo que su infancia había sido razonablemente feliz. Pero en sexto

grado empezó a preocuparse por su rendimiento escolar y social. En la escuela mantuvo controlada esa preocupación trabajando con mucho empeño (siempre temeroso de no hacerlo bien), posponiendo sus tareas y tratando de no pensar en lo que se suponía que estaba haciendo. Desde el punto de vista social se volvió introvertido, evitativo y emocionalmente pobre. Cuanto menos participaba y se expresaba, parecía correr menor riesgo de ser criticado o rechazado. Estas pautas de conducta se fortalecieron en la adolescencia.

Durante su segundo año de *college,* el señor S. padeció un alto grado de ansiedad por su incapacidad para rendir en el estudio a la altura de sus expectativas. Cada vez le resultaba más difícil realizar los trabajos escritos, porque le preocupaba que no estuvieran lo suficientemente bien. Además, se sentía muy solo y aislado, por estar lejos de casa y por su incapacidad para hacer amigos o tener una relación heterosexual en el *college*. Se volvió cada vez más pesimista sobre él mismo y su futuro; esto culminó en un episodio depresivo mayor, durante el cual perdió interés por cualquier actividad y pasaba durmiendo la mayor parte del tiempo. Ese estado se prolongó un par de meses, y determinó que el señor S. abandonara los estudios y se incorporara al Ejército. La mayor estructuración y el compañerismo del Ejército fueron buenos para él; se desenvolvió satisfactoriamente durante los tres años que estuvo en servicio. Entonces volvió a estudiar y obtuvo el título de ingeniero. Trabajaba como tal desde los 27 años, con un moderado éxito en su carrera. Cuando recurrió al tratamiento, realizaba algunas tareas administrativas y de supervisión; con ellas se sentía menos cómodo que en el trabajo de ingeniería, más estructurado, técnico y detallista, al que dedicaba la mayor parte del tiempo.

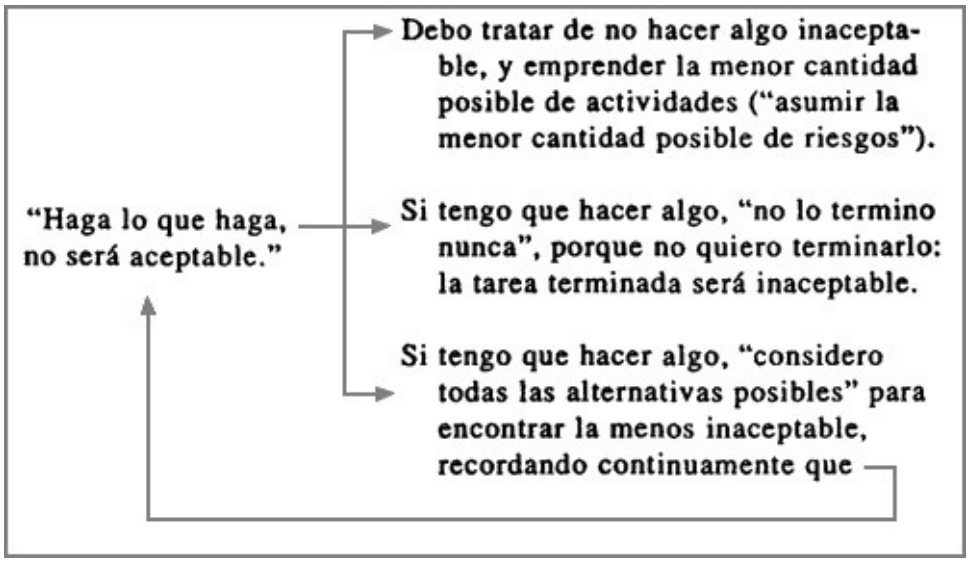
El señor S. nunca se sintió cómodo con las mujeres ni tuvo mucho éxito con ellas. A los 31 años le volvieron a presentar a una mujer que había tratado brevemente varios años antes. Ella le recordaba —lo que le sorprendió y halagó—, y empezaron a salir juntos. Se casaron un año más tarde, y al cabo de dos años tuvieron un hijo. El señor S. dijo que su matrimonio era bueno, pero en él no había tanta intimidad como le hubiera gustado. Con su mujer se sentía emocional y sexualmente limitado; comprendía que eso formaba parte del problema. El paciente no tenía amigos íntimos, pero participaba marginalmente en diversos grupos cívicos y en la iglesia.

La meta del señor S. en la terapia era eliminar, o por lo menos reducir considerablemente, el dolor que sufría en el cuello y la espalda. A diferencia de muchos pacientes psicosomáticos, ya había aceptado que los factores psicológicos desempeñaban una parte importante en su trastorno. El terapeuta examinó el modelo cognitivo con el señor S., que fue totalmente receptivo. La tarea que se le encomendó durante las primeras semanas fue la observación del dolor en el programa de actividades semanales; cada hora tenía que calificar de 1 a 10 la severidad de la molestia, anotando también lo que estaba haciendo en cada uno de esos momentos. Al principio, el paciente advirtió que el dolor era mayor por la noche, cuando estaba en su casa con la familia. Le costaba comprenderlo, pues por lo general disfrutaba de

esos momentos de distensión. Pero la terapia reveló que ello se debía a que había aprendido muy bien a distraerse del dolor, y no advertía cómo iba aumentando durante el día. A veces la distracción es una técnica útil para los obsesivos, sobre todo con su pensamiento circular e improductivo. Pero en el caso del señor S. interfería en la evaluación del problema. Al tomar más conciencia del dolor, advirtió que comenzaba como una especie de hormigueo, una sensación de calor y quemadura, que se convertía en un dolor moderado primero, y severo después. Bajo un estrés prolongado, los músculos de su cuello y espalda se contracturaban, y tenía que quedarse en cama un par de días.

Después de que el señor S. aprendiera a observar con más atención su dolor, resultó claro que con la tensión muscular aparecían asociados tres tipos de situaciones: tener que realizar tareas o encargos; haber pospuesto y tener toda una lista de tareas incompletas pendientes, y la perspectiva de participar en reuniones sociales con personas desconocidas. El terapeuta y el señor S. decidieron trabajar inicialmente con la primera situación, pues se producía con mucha más frecuencia que la tercera, y la segunda (la posposición) era en gran medida una consecuencia de la primera. El paciente empezó a rellenar su registro de pensamientos disfuncionales cada vez que advertía cualquier tensión o dolor en la espalda, asociados con la realización de una tarea. Por ejemplo, una vez notó que sentía un dolor moderado mientras estaba de pie enjuagando los platos, antes de introducirlos en el lavavajilla. Pensaba que tenían que estar perfectamente limpios antes de ponerlos en la máquina, lo cual hacía la tarea estresante y prolongada. Reunió algunos ejemplos más de ese tipo, sin importancia en sí mismos, pero que le ayudaron a percibir que su perfeccionismo determinaba que durante el día numerosas tareas se volvieran fuentes del estrés que finalmente se manifestaba como dolor. Entonces empezó a buscar los supuestos o esquemas generales subyacentes en sus pensamientos automáticos. Como modelo de su conducta, el señor S. elaboró el diagrama de la figura 14.1:

FIGURA 14.1. ***Modelo del señor S. de su conducta***



El terapeuta y él examinaron el significado de esa pauta de pensamiento y conducta.

Terapeuta: ¿De modo que experimenta mucho estrés cuando tiene que hacer algo, porque cree que, por más que se esmere, siempre será inaceptable?

Paciente: Sí, y creo que por eso tiendo a no tomar decisiones o a posponerlas, para no tener que enfrentarme con esos sentimientos.

Terapeuta: ¿Le da resultado para reducir el estrés?

Paciente: No. Aplazar una tarea sólo empeora las cosas. Me gusta pensar que soy una persona responsable, y realmente me fastidia no terminar un trabajo. Cuando pospongo mucho algo, luego sufro los peores episodios de dolor de espalda.

Terapeuta: Usted escribió en su diagrama que cree que lo que haga nunca será aceptable. ¿Por qué se deja perturbar por eso?

Paciente: ¿Qué quiere decir?

Terapeuta: ¿No sabe que algunas personas no hacen bien las cosas, o son juzgadas por alguien que considera que su trabajo es inaceptable, y sin embargo no se sienten mal?

Paciente: Sí, conozco personas así. Pero yo siento que soy inaceptable o deficiente como persona si no funciono a cierto nivel que por lo general no alcanzo.

De modo que según el esquema o creencia nuclear del señor S., si no funcionaba continuamente en un nivel muy alto era inaceptable como persona. Puesto que la creencia del paciente era su mayor parte condicional, y tenía pocas oportunidades de alcanzar el rendimiento suficiente como para ser aceptable, su síntoma principal (el estrés físico en la espalda) era una forma de ansiedad. No obstante, a veces se daba por vencido y llegaba a la conclusión de que, de todos modos, siempre sería inaceptable. En esos períodos, como en el *college*, se quedaba desvalido y se deprimía.

Después de descubrir la creencia nuclear del señor S., el centro de atención principal del tratamiento consistió en cambiarla, pues ésa era la fuente principal de los síntomas y también de su TOCP. A través del examen de dicha creencia en las sesiones siguientes, llegó a comprender mejor que había internalizado las normas elevadísimas que creía que su padre le aplicaba. Además se había vuelto muy autocrítico, del mismo modo que la madre le criticaba cuando él no satisfacía las expectativas que ella tenía; también daba por sentado que los demás serían muy críticos con él.

El terapeuta y el señor S. examinaron la validez de esas creencias, considerando

en primer lugar si eran o no interpretaciones correctas del pasado. Como tarea a realizar en casa, el paciente listó todas las oportunidades que podía recordar en las que otras personas habían sido muy críticas con él, y también posibles razones alternativas de esa conducta. Sólo pudo recordar unas pocas situaciones de ese tipo, y la mayoría de ellas se habían producido con su sargento en el Ejército —un sargento que criticaba a todo el mundo—. Sin embargo, el señor S. pensaba que probablemente en muchas ocasiones otros lo censuraban sin decirle nada. A continuación, terapeuta y paciente examinaron lo que podían hacer respecto de esa creencia.

Terapeuta: De modo que le sigue pareciendo que lo censuran aunque haya encontrado muy pocas pruebas sólidas en el pasado de que esto sea realmente así…

Paciente: Sí. Aún pienso a menudo que a los demás no les agrada lo que hago, y entonces no me siento cómodo con ellos.

Terapeuta: ¿Cómo le parece que podrá comprobar si esas creencias que usted tiene son o no correctas?

Paciente: No lo sé.

Terapeuta: Bien, en general, si usted quiere saber cómo piensa otra persona, ¿qué hace?

Paciente: Le pregunto…

Terapeuta: ¿Y por qué entonces no pregunta en esas situaciones, para ver si es correcta su creencia de que los otros lo censuran?

Paciente: Supongo que podría hacerlo, pero quizás a ellos no les guste y no me digan la verdad.

Terapeuta: Es posible, pero casi siempre, según mi experiencia, si uno le pregunta a alguien qué es lo que siente, y si lo hace de forma tranquila y se muestra receptivo, consigue una respuesta sincera. Por ejemplo, ¿cómo podría preguntarle a su jefe qué piensa de usted y su trabajo?

Paciente: Podría decirle algo así: «Jack, te veo preocupado por algo. Hay algo que no te gusta en la marcha de mi proyecto».

Terapeuta: Sí, creo que ése sería un buen modo de abordar el tema. Le propongo una tarea para la semana que viene. Cada vez que piense que alguien censura lo que hace, pregúntele si es así, y registre la respuesta que esperaba y la que realmente le dieron. *Paciente*: De acuerdo, trataré de hacerlo.

Este es un ejemplo de experimento conductual para poner a prueba una creencia

disfuncional específica. Durante las dos semanas siguientes, en varias ocasiones el señor S. les preguntó a otras personas lo que pensaban cuando él creía que tenían una opinión desfavorable sobre su actuación.

Descubrió que en todos los casos, salvo en uno, sus conjeturas sobre los pensamientos de los demás eran erróneas. Uno de sus superiores en el trabajo estaba realmente molesto con el señor S., pero porque se había atrasado en una tarea. Ese hecho le permitió comprender que lo que causaba problemas e insatisfacción era su forma de posponer las tareas, y no su aptitud.

El señor S., como muchos obsesivos, tenía la creencia de que retrasar las cosas era bueno, porque permitía hacerlas mejor. El terapeuta le hizo evaluar esa creencia, encargándole calificar de 1 a 10 su nivel de aptitud en diversas tareas. Después comparó su rendimiento promedio en las tareas que había realizado con retraso con su rendimiento en las que había realizado a tiempo. El rendimiento promedio era levemente mayor en las tareas que había realizado de inmediato; el señor S. lo atribuyó al mayor estrés que le provocaban las tareas que dejaba para más adelante.

Otra técnica que demostró su utilidad con el señor S. consistió en hacerle comparar los valores y normas que tenía para sí mismo con los que aplicaba a los demás. Pudo entonces comprender que era mucho más crítico y exigente consigo mismo, y estuvo de acuerdo en que no tenía mucho sentido esa duplicidad de valores. El terapeuta aprovechó para hacer que el paciente se preguntara, cuando aparecían sus pensamientos autocríticos, qué pensaría de su propia aptitud si él fuera otra persona. El señor S. encontró que esa técnica le ayudaba a ser más comprensivo y menos crítico consigo mismo. Sin embargo, esto no da resultado con muchos obsesivos que son tan críticos y exigentes con los otros como consigo mismo.

El terapeuta y el señor S. también identificaron las distorsiones cognitivas y los modos de pensamiento inadaptados más importantes y frecuentes. Entre ellos se contaban el pensamiento dicotómico («Si no realizo esta tarea a la perfección, el resultado será horrible»); la magnificación («Sería terrible que no hiciera bien esto»); y los enunciados del tipo «hay que» («Debo hacer esto a la perfección»). El paciente observó el uso de esas pautas con un registro de pensamientos disfuncionales, y percibió cómo elevaban su nivel de estrés y solían hacer descender su nivel de rendimiento.

A medida que el señor S. reconocía y comprendía cada vez mejor las distorsiones de sus procesos mentales, iba dando respuestas racionales más eficaces a sus pensamientos automáticos y quebrando las pautas cognitivas y conductuales habituales que le provocaban al dolor muscular. Se dedicaron dos sesiones a trabajar con la ansiedad social, también relacionada con el perfeccionismo y el miedo de ser un impresentable. Como resultado del progreso que ya había realizado en esas esferas, el señor S. comprobó que estaba experimentando menos ansiedad social, y siguió progresando gracias a las mismas técnicas que había aprendido para superar la ansiedad en la realización de tareas.

Después de quince sesiones distribuidas a lo largo de seis meses, el paciente experimentaba pocas veces el dolor de espalda, y cuando eso ocurría por lo general reconocía la fuente del estrés y sus pensamientos disfuncionales automáticos, que a continuación modificaba. En una sesión de seguimiento a los seis meses, el señor S. dijo que continuaba estando relativamente libre de dolor. Había pasado un fin de semana difícil a la espera de tener que pronunciar un discurso, pero logró controlar la situación, preparar el texto y presentarse ante la audiencia con éxito.

Prevención de la recaída

Es fácil que la mayoría de los pacientes se deslicen de nuevo hacia pautas cognitivas y conductuales con las que están familiarizados, y que son disfuncionales. Esto es sobre todo cierto con los pacientes con un trastorno de la personalidad, pues sus problemas están muy arraigados. La terapia cognitiva tiene la ventaja, sobre otras formas de terapia, de que aborda este problema. Se les explica a los pacientes con claridad y en un nivel consciente en qué consisten sus problemas, y se les enseñan modos eficaces de abordarlos. Aprenden a emplear herramientas tales como el registro de pensamientos disfuncionales automáticos, con las que se puede trabajar sobre las dificultades fuera del contexto de la terapia.

Al final del tratamiento es esencial advertirles a los pacientes que existe la posibilidad de la recaída y que deben estar alertas a las pequeñas recurrencias de los problemas que los llevaron a la terapia. Si esto ocurre, indica la necesidad de realizar algún trabajo más —sea con el terapeuta o bien a solas, empleando las herramientas adquiridas en la terapia—. Cuando la terapia termina, es importante que el terapeuta le diga al paciente que es algo corriente que se requieran sesiones ocasionales de refuerzo, de modo que no tendrá que avergonzarse por pedir asistencia si reaparece algún problema. La mayoría de los terapeutas cognitivos incorporan a la terapia sesiones periódicas de refuerzo después de haberse completado la parte principal del tratamiento.

Resumen

De la experiencia clínica se desprende que la terapia cognitiva parece ser un tratamiento eficaz y eficiente del TOCP. A menudo el obsesivo responde muy bien a ciertos aspectos de esta terapia, entre ellos su carácter de tratamiento centrado en el problema, o el hecho de que emplee diversas formas de tareas para hacer en casa, y también su énfasis en la importancia de los procesos de pensamiento. Estos pacientes suelen preferir enfoques terapéuticos más estructurados y centrados en el presente, y no las terapias centradas en el proceso terapéutico y en la relación de transferencia como medios para lograr el cambio de personalidad (Juni y Semel, 1982).

Lamentablemente, por el momento no hay datos de investigaciones que verifiquen la validez de la terapia cognitiva —ni ninguna otra forma de tratamiento— en su aplicación al TOCP. Dado que es difícil reunir un número sustancial de obsesivos en cualquier centro de investigación, y dada la diversidad de problemas que estos pacientes presentan, quizá no resulte sencillo realizar estudios definitivos de los resultados que se obtienen con este trastorno.

CAPÍTULO 15

EL TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Rasgos diagnósticos

El rasgo más notable del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (TPAP) es la resistencia a los requerimientos externos, que típicamente se pone de manifiesto con conductas de oposición y obstrucción, entre las que se cuentan la posposición de tareas y decisiones, el trabajo mal realizado y el «olvido» de las obligaciones. Estas personas suelen tener una historia de habilidades inferiores a las normales en los ámbitos ocupacional y social. Como es de esperar, lo típico es que les irrite tener que conformarse a normas establecidas por otros. Si bien estas características también son ocasionalmente observables en muchos otros individuos, en el TPAP constituyen una pauta conductual crónica e inflexible. Aunque la conducta pasivo-agresiva en general no suele ser la forma más ventajosa de interacción, no es tampoco gravemente disfuncional hasta que impide lograr las metas vitales del individuo.

Las personas con TPAP no son asertivas, porque creen que la confrontación directa es peligrosa. A diferencia del sujeto con un trastorno de la personalidad por evitación, que no es asertivo por miedo al rechazo o a la evaluación negativa, el pasivo-agresivo piensa que la confrontación es una acción que se brinda a los demás para que se entrometan y le controlen. Cuando se le piden cosas que no está dispuesto a hacer, la combinación de la molestia por las exigencias externas y la falta de asertividad le lleva a responder en términos de provocación pasiva. Además se enoja con quien le pide que haga cosas, y no ve las alternativas de negarse o modificar el pedido. A estos individuos también les fastidian e irritan las obligaciones en el trabajo o el estudio. En general, la persona con un TPAP ve a las figuras de autoridad como arbitrarias e injustas. En consecuencia, lo típico es que culpe a otros por sus propios problemas y no vea que su propia conducta es la que en parte le crea dificultades.

Millón (1969) ha observado que, además de oponerse a los requerimientos externos, estos individuos se caracterizan por su malhumor y pesimismo generales. En otras palabras, se centran en los elementos negativos de todo lo que les ocurre.

En la tabla 15.1 presentamos los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) para el TPAP.

TABLA 15.1. ***Criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad***

Una pauta generalizada de resistencia pasiva a las demandas razonables de rendimiento social y profesional, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se pone de manifiesto por al menos cinco de las siguientes características:

1. Retrasos, demoras en la ejecución de las tareas, de modo que no se cumplen los plazos.
2. El sujeto se vuelve malhumorado, irritable o discutidor cuando se le pide que haga algo que no desea hacer.
3. Parece trabajar de un modo deliberadamente lento o hace mal las tareas que no desea hacer.
4. Se queja injustificadamente de que los demás le piden cosas irrazonables.
5. Evita las obligaciones pretendiendo que las ha «olvidado».
6. Cree que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan.
7. Rechaza las sugerencias útiles de los demás para que sea más productivo.
8. Malogra los esfuerzos de otras personas al entorpecer la parte del trabajo que le corresponde.
9. Critica o se burla de manera irrazonable de las personas que tienen posiciones de autoridad.

Perspectiva histórica

Aunque el concepto de estilo de personalidad pasivo-agresivo había sido descrito en trabajos anteriores, la expresión no se acuñó hasta la Segunda Guerra Mundial. En 1945, el Departamento de Guerra caracterizó la «reacción de inmadurez» como una reacción al «estrés militar de rutina, manifestada con desvalimiento o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o estallidos agresivos». Más tarde, un *U. S. Joint Armed Services Technical Bulletin* de 1949 empleó la expresión «pasivo-agresivo» para designar a los soldados que presentaban esa pauta de conducta. En el

DMS-I (APA, 1952), la categoría «pasivo-agresiva» aparecía dividida en tres subtipos: pasivo-agresivo, pasivo-dependiente y agresivo. El tipo pasivo-dependiente, correspondiente al actual trastorno de la personalidad por dependencia, se caracterizaba por desvalimiento, indecisión y tendencia a aferrarse a otros.

Los tipos pasivo-agresivo y agresivo diferían por sus respuestas a la frustración. Como era de esperar, el tipo agresivo (correspondiente en algunos aspectos al actual trastorno antisocial de la personalidad) reaccionaba con irritabilidad e ira, estallidos de mal genio y conducta destructiva. El pasivo-agresivo manifestaba la agresión de manera pasiva —por ejemplo, con enfurruñamiento, terquedad, posponiendo las tareas, con ineficacia y obstruccionismo—. En el DMS-II (APA, 1968), el subtipo pasivo-agresivo aparecía como categoría separada, mientras que los otros dos subtipos pasivo-agresivos del DSM-I estaban incluidos en la categoría de «otros trastornos de la personalidad».

En el DSM-III (APA, 1980), el pasivo-agresivo no sólo siguió siendo un trastorno de la personalidad diferenciado, sino que los individuos caracterizados por rasgos de dependencia fueron incluidos en la actual categoría diagnóstica de trastorno de la personalidad por dependencia. Pero al principio el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad quedó fuera del borrador del DSM-III, porque Spitzer (1977) se refería a ese trastorno con la expresión «reactividad situacional». Como lo señaló Malinow (1981), Spitzer decía que la conducta pasivo-agresiva podía ser una defensa empleada por la mayoría de los individuos en situaciones de desvalimiento (es decir, una defensa temporal) y no un trastorno de la personalidad (esto es, una pauta de inadaptación crónica).

Por su parte, Millón observó que los otros trastornos de la personalidad se caracterizaban por un cierto número de rasgos distintos, pero el TPAP quedaba definido casi exclusivamente por la resistencia a los requerimientos externos. En consecuencia, creía que faltaba la gama de criterios diagnósticos necesaria para definir un trastorno de la personalidad. Pero propuso incluir en la descripción de este trastorno de la personalidad características tales como la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, la autoimagen insatisfactoria, el pesimismo y el empleo de conductas impredecibles y una actitud huraña para provocar malestar en los demás (Millón, 1981). Aunque esos rasgos no fueron incluidos en la descripción del DSM-III, algunos de ellos han sido incorporados en el DSM-III-R (APA, 1987; véase la tabla 15.1), y permiten recoger más información para diagnosticar este trastorno.

Los primeros teóricos de la psicopatología describieron un tipo de personalidad que presentaba varias características del TPAP. Por ejemplo, Kraepelin (1913) y Bleuler (1924) se refirieron a individuos que sistemáticamente respondían de manera negativa. Kraepelin habló de fluctuaciones extremas del estado de ánimo y respuesta excesiva a las experiencias negativas, mientras que Bleuler describió un grupo que se frustraba e irritaba muy pronto tras hacer interpretaciones negativas de cualquier situación en su estilo característico.

Algunos teóricos del psicoanálisis también han descrito un carácter análogo. Reich (1945), por ejemplo, identificó un tipo de personalidad masoquista, con quejas permanentes y tendencia a agredir a los demás de modo pasivo. Esas personas no toleran los sentimientos desagradables ni la excitación autónoma. Millón (1981) sugiere que el TPAP no tiene una estructura intrapsíquica compleja; el sujeto experimenta los sentimientos sin posibilidad de una modificación intrapsíquica. Esta explicación es coherente con el estado emocional vacilante de la personalidad pasivo-agresiva.

Una variante de este trastorno ha sido descrita por Berne (1964) en el análisis transaccional. Berne se refiere a una pauta de destructividad moderada —por ejemplo, derramar bebida en una fiesta— para la que se obtiene el perdón. En esta pauta o juego, llamado el *schlemiel*, la persona pasivo-agresiva obtiene satisfacción por el hecho de ser destructiva y también porque se la perdona.

Datos empíricos y de investigaciones

Aunque existen pocas investigaciones sobre el TPAP, dos estudios han examinado sus características. Whitman, Trosman y Koening (1954) examinaron a 400 pacientes externos y hallaron que el diagnóstico más común basado en la nomenclatura del DSM-I era el de tipo pasivo-agresivo; el 23 por ciento satisfacía los criterios diagnósticos para el tipo dependiente y el 19 por ciento caía en la categoría pasivo-agresivo. Estos autores observaron también que dos veces más hombres que mujeres satisfacían los criterios del TPAP. El cuadro sintomático asociado más a menudo con este trastorno de la personalidad eran la ansiedad (41 por ciento) y la depresión (25 por ciento). Tanto en el subtipo pasivo-agresivo como el pasivo-dependiente, la expresión abierta de la agresión estaba inhibida por la culpa o el miedo al castigo. Se sugirió que una componente clave del plan de tratamiento debía dirigirse contra la dependencia y el miedo a la agresión.

Small, Small, Alig y Moore (1970) realizaron un seguimiento de 7 a 15 años con 100 pacientes diagnosticados como pasivo-agresivos (según el DSM-II) durante una hospitalización psiquiátrica. Comprobaron que la dificultad en las relaciones interpersonales y la conducta social, junto con las quejas afectivas y somáticas, eran las formas principales de la sintomatología. También hallaron una alta proporción de pasivo-agresivos que habían estado deprimidos y que abusaban del alcohol.

Conceptualización de la terapia cognitiva

Pensamientos automáticos y actitudes

Los pensamientos automáticos de los individuos con TPAP reflejan su negativismo, autonomía y deseo de seguir la vía de la menor dificultad. Por ejemplo, consideran que cualquier requerimiento de los demás es intrusivo y exigente. Su respuesta consiste en resistirse automáticamente, en lugar de evaluar si desean o no cumplir. Vacilan entre la idea de que se aprovechan de ellos y la de que carecen de méritos. Este negativismo es general en su pensamiento. Los pacientes pasivo-agresivos buscan una interpretación negativa de la mayoría de los acontecimientos; se centran en lo negativo incluso cuando los hechos en sí mismos son neutros. En esto reside la diferencia con los pensamientos negativos de la depresión: los individuos deprimidos se centran en pensamientos de autodesaprobación o en pensamientos negativos sobre el ambiente o el futuro, mientras que los pasivo-agresivos suponen que los demás no les aprecian o que tratan de controlarles. Cuando reciben de alguien retroalimentación negativa, consideran que una vez más son unos incomprendidos.

Los pensamientos automáticos negativos también indican ira. Este grupo de pacientes suele insistir en que las cosas tienen que ser de cierto modo, y esos imperativos irrazonables resultan en una baja tolerancia a la frustración. Su rigidez es diferente de la orientación hacia la meta de la personalidad obsesivo-compulsiva, pues el énfasis del paciente pasivo-agresivo no está en un logro («Debo hacer esto»), sino en la autonomía, en decir, en no someterse a las reglas de otro («No debo tener que hacer esto»). En la tabla 15.2 presentamos algunos pensamientos automáticos típicos del trastorno.

TABLA 15.2. ***Pensamientos automáticos típicos en el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad***

- ¿Cómo se atreven a hacerme esto?
- Haré lo que quiera.
- Nadie me reconoce el trabajo que hago.
- La gente se aprovecha de mí.
- Nada me da resultado.
- La gente tendría que tratarme con más respeto.

Además encontramos en estos pacientes un supuesto típico de personas que

experimentan dificultades para mostrarse enérgicas: creen que el conflicto abierto es terrible y provocará desaprobación o incluso rechazo. Pero si bien el pasivo-agresivo no se afirma a sí mismo, someterse a los requerimientos de los demás le disgusta profundamente. No quiere seguir instrucciones implícitas o explícitas, sino sólo frustrar a los demás de un modo pasivo: no desea el conflicto abierto, pero tampoco cumplir. Ve las reglas como el modo que tienen los otros de frustrarle. Al pasivo-agresivo no le importa que también a los otros se les pida que sigan las reglas. Sólo percibe la situación desde su propio marco de referencia, según el cual se le está tratando de un modo injusto. Por ejemplo, una paciente estaba furiosa por no haber recibido un resumen de cuenta. Esta paciente se había negado a acordar una entrevista, no había respondido a las llamadas telefónicas ni a las cartas del terapeuta, y nunca había dicho que necesitaba un resumen de cuenta, hasta que empezó a hacer llamadas coléricas. A diferencia del sujeto con personalidad paranoide, que podría sospechar motivos ocultos, esta paciente pensaba que había sido mal tratada. Otro paciente se enojó porque durante un fin de semana la grúa se había llevado su automóvil mal estacionado, aunque la zona estaba claramente marcada como de estacionamiento prohibido.

En parte como resultado de sus pobres habilidades laborales y sociales, el pasivo-agresivo desarrolla un modo de ver pesimista. Cree que «la vida es miserable», y se centra en los aspectos negativos de la experiencia. Es como si lo percibiera todo a través del filtro de la negatividad. A diferencia de los depresivos, que se describen con una actitud negativa en general, el pasivo-agresivo no espera que la vida lo recompense por su arduo trabajo. Esto puede deberse a la creencia de que en efecto ha trabajado mucho, y a su imposibilidad de reconocer los efectos negativos de su estilo cognitivo y conductual, que es lo que le impide tener éxito. Le parece que el logro de las metas responde a factores azarosos. Supone que es una víctima del destino, no advierte el modo como sus propias acciones inciden en su vida. Cuando al pasivo-agresivo le va bien, da por sentado que tendrá que ocurrir algo negativo. Algunos de esos supuestos y actitudes típicos aparecen en la tabla 15.3.

TABLA 15.3. ***Actitudes y supuestos típicos del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad***

- La gente no me comprende.
- La vida es miserable (nada me da resultado).
- La gente se aprovecha de ti, si se lo permites.
- No importa lo que hagas: nada da resultado.
- Ser directo con las personas puede ser peligroso.
- Las reglas son arbitrarias y me asfixian.

Conducta

Las conductas de los clientes con TPAP reflejan sus pautas cognitivas. La conducta de oposición pasiva (por ejemplo posponer tareas y un mal rendimiento laboral) se relaciona con cogniciones que parten del disgusto por tener que cumplir con obligaciones («No debería tener que hacer esto»). La posposición de tareas está asociada con la actitud de seguir la vía de la menor resistencia («No es necesario que haga esto ahora»). Como el pasivo-agresivo no quiere arriesgarse a provocar consecuencias adversas por enfrentarse de modo directo a esas situaciones (y porque a menudo carece de las habilidades necesarias para ser realmente asertivo), responde a los requerimientos «rebelándose» con los medios pasivos que hemos descrito. Ante las consecuencias negativas de no haber cumplido con sus obligaciones, se encoleriza con las personas que ocupan posiciones de autoridad, en lugar de advertir la incidencia de su propia pauta de conducta. Esta ira puede expresarse ocasionalmente en estallidos, pero es más probable que lo haga a través de medios pasivos de venganza, como el sabotaje. En la terapia, el paciente puede no pagar las sesiones, llegar con retraso o negarse a cooperar en el tratamiento. Una paciente pasivo-agresiva se olvidó de la sesión. El terapeuta la llamó por teléfono para proponer una nueva cita, dos días más tarde. Ella, colérica por haber perdido la primera sesión y porque la segunda no fuera inmediata, respondió colgando abruptamente después de decir: «Iré si todavía estoy viva». Esa respuesta obligaba al terapeuta a una mayor interacción antes de la sesión, o eso lo mantendría preocupado durante ese tiempo.

Afecto

Los estados afectivos negativos habituales en los pacientes con TPAP son la ira y la irritabilidad. Esto no tiene nada de sorprendente, pues ellos creen que se les exige que cumplan normas arbitrarias, que son unos incomprendidos y los demás no les aprecian como merecen. Por ejemplo, una paciente estaba enfadada porque los carteles señalizadores de una ciudad eran demasiado pequeños para que ella pudiera leerlos. Además, los pasivo-agresivos no suelen alcanzar sus propias metas profesionales y sociales. No advierten de qué modo su conducta y sus actitudes contribuyen a crearles problemas, así que piensan que el ambiente es la causa de su frustración.

La ira y la irritabilidad de estos sujetos también son consecuencias de su vulnerabilidad al control externo y de su interpretación de los requerimientos de los otros —percibidos como obstáculos a su libertad—. En las interacciones dan por sentado el control de los demás, y se oponen a él con vehemencia.

Razones para entrar en la terapia

Entre las razones típicas que llevan al paciente con TPAP a iniciar una terapia están las quejas de otras personas que dicen que el sujeto se resiste a satisfacer determinadas expectativas.

Esto ocurre tanto en el matrimonio como en las relaciones laborales entre superior y subalterno. El cónyuge suele quejarse de que el paciente no asume sus responsabilidades en el hogar. Una mujer dijo que su marido no le hacía caso hasta que ella misma dejaba de responderle y amenazaba con abandonarle. Entonces él cooperaba transitoriamente, hasta que ella volvía a comprometerse en la relación; después él volvía a su pauta de repliegue y resistencia a los requerimientos. A menudo estos pacientes entran en el tratamiento por insistencia de sus superiores, debido a que posponen sus tareas y a que eluden las reglas en el trabajo.

También la depresión lleva a la terapia a los pacientes con TPAP. Un factor que contribuye a provocar la depresión es una carencia crónica de recompensas interpersonales y laborales. Por ejemplo, el hecho de que sigan la vía del menor esfuerzo, y la resistencia a los requerimientos externos, pueden llevarles a creer que nada marcha bien para ellos. También la idea que tienen de que en su ambiente son vulnerables al control de los demás genera una concepción negativa del mundo en general. De esto suele resultar un nivel crónico de distimia. Pero ante un fracaso o pérdida, la depresión de estos pacientes puede ser más severa. Si son autónomos, procuran preservar su libertad de acción. Si se producen circunstancias en las que el paciente cree que no está dirigiendo su vida sin ninguna interferencia exterior, puede caer en una depresión severa.

Estrategias de evaluación

Al evaluar un TPAP en una situación de entrevista, quizá resulte difícil obtener información completa. Estos pacientes suelen dar respuestas breves e incompletas, y a veces se irritan, aunque se trate de las mismas preguntas que los pacientes con otros diagnósticos responden sin ningún problema. Incluso cuando parecen responder activamente, no lo hacen de modo directo; cambian de tema o se demoran en detalles extraños. Entre las cogniciones posibles se cuentan «No debo tener que hacer esto» y «El entrevistador trata de controlarme».

A continuación lo habitual es el despliegue de una actitud negativista, mientras el paciente describe lo difícil que es su vida y sus inevitables frustraciones. No demostrará ninguna comprensión de que él mismo contribuye a crear sus dificultades; culpa totalmente a otros.

Desde luego, una actitud de tipo «No me dejaré empujar por la gente» no basta para diagnosticar un TPAP. Se necesita información sobre los logros de la persona en los estudios y en las actividades sociales y laborales. El paciente pasivo-agresivo por lo general menciona algunas «salidas nulas» e intentos frustrados de alcanzar metas. Esta pauta es más crónica que la de los pacientes deprimidos. Si se profundiza la indagación, el pasivo-agresivo explica que perdió un trabajo porque «el jefe era injusto», o que «ese empleo no me dejaba ninguna libertad», o bien que «fui víctima de la discriminación». Aunque también los paranoides atribuyen a otros motivaciones discriminatorias y abusivas, son más suspicaces que los pasivo-agresivos. Estos últimos se centran más en las interferencias que perciben y que les impiden hacer las cosas a su manera.

Después del diagnóstico, para la planificación del tratamiento es útil la evaluación de las habilidades sociales. Algunos pacientes tienen capacidad autoasertiva, pero quizá no la aprovechen en razón de sus actitudes disfuncionales. Por ejemplo, en situaciones en las que podrían discutir de forma activa, no lo hacen, siguiendo así la vía de la menor resistencia. Además el deseo de hacer las cosas a su modo no facilita que se acerquen a la gente con ánimo de pactar. Si bien la mayoría de los pacientes pasivo-agresivos tienen actitudes que obstaculizan la conducta social apropiada, algunos carecen de las habilidades que tal conducta requiere, lo cual debe tenerse muy en cuenta en el plan de tratamiento.

Estrategias clínicas globales

Con frecuencia, cuando el paciente con un trastorno de la personalidad inicia el tratamiento, lo que le interesa no es cambiar sus pautas adquiridas de pensamiento y conducta. Lo que le lleva a la terapia es un diagnóstico del Eje I, como la depresión, o bien la presión de otras personas. Este es sobre todo el caso en el TPAP, puesto que lo probable es que estos sujetos crean que sus dificultades las provocan otros, y no ellos mismos. Por lo tanto, al principio hay que centrarse en determinar el objetivo que llevó al paciente al tratamiento.

Con estos sujetos, un primer planteamiento general se centra en lograr un espíritu

práctico de cooperación, es decir, que el paciente se comprometa activamente en el proceso terapéutico (Beck, 1976). Aunque éste es un componente nuclear de la terapia cognitiva en general, con los pasivo-agresivos tiene una importancia especial, debido a su desafío habitual de las figuras de autoridad. Por lo tanto, hay que saber que en el tratamiento realizan activamente elecciones no orientadas ni controladas por el terapeuta. Al principio el terapeuta puede alentarlos a escoger entre varias tareas para realizar por su cuenta, o entre varias cuestiones para examinar en la sesión. Después se anima al paciente a que cree sus propias estrategias para abordar los problemas. Así se satisface el deseo de autonomía del paciente, y al mismo tiempo se reduce el típico enfoque pasivo. Esa cooperación también se facilita con un enfoque experimental. Por ejemplo, si un paciente cree firmemente en sus pensamientos automáticos o supuestos, es mejor que el terapeuta no intente discutir su exactitud, sino que les dé el carácter de hipótesis que pueden ser correctas o no. Entonces terapeuta y paciente, juntos, pueden montar un «experimento» para poner a prueba su validez.

Una segunda estrategia con los pacientes pasivo-agresivos consiste en ayudarles a tomar contacto con sus pensamientos automáticos. Su falta de *insight* indica que muy pocas veces examinan el modo como sus cogniciones inciden en sus afectos y conductas. Esta estrategia global es fundamental en el programa de tratamiento, y al principio hay que dedicar un tiempo considerable a explicar la base racional del modelo cognitivo. Al tomar más conciencia de sus pensamientos, el paciente aprende a identificar los pensamientos automáticos que contribuyen a generar afectos negativos y conductas disfuncionales. Finalmente, desde luego, tiene que aprender a evaluar esos pensamientos de forma más objetiva.

Otra estrategia general importante es que el terapeuta mantenga la coherencia del tratamiento. Como estos pacientes culpan a los demás por sus problemas, el procedimiento servirá para ilustrar que a menudo son sus propias actitudes y conductas las que provocan consecuencias negativas. Por ejemplo, si el paciente llega tarde (lo que es frecuente con los pasivo-agresivos), el terapeuta de todos modos da por concluida la sesión en el horario concertado. Cuando se produzca esa conducta, quizá convenga que el terapeuta solicite retroalimentación al paciente, para determinar si se trata de una típica respuesta pasivo-agresiva al terapeuta o la terapia. El pensamiento automático podría ser «No estoy obligado a llegar a tiempo; nadie va a decirme lo que tengo que hacer». Con esa discusión, el terapeuta ayuda al paciente a aprender medios directos de expresión para reemplazar a los indirectos. Es decir que si el cliente no quiere programar una sesión para cierta hora o día, debe decir que no le va bien, o que ese horario no le conviene. Quizá tome algún tiempo llevarle a examinar el modo como sus actitudes y conductas contribuyen a crearle dificultades, pero este enfoque pone las bases para hacerlo.

La siguiente componente importante del tratamiento consiste en ayudar al sujeto con TPAP a considerar sus métodos de «rebelión». Por ejemplo, si el paciente está

irritado con alguien y responde trabajando mal, hay que discutir creencias tales como «Hay que castigar a la gente» o «Haré lo que me venga en gana», explorando las ventajas y desventajas, y generando modos de proceder alternativos. Para alcanzar ese fin será necesario examinar la secuencia de los acontecimientos que se producen en la interacción con los demás. A pesar de las desventajas obvias de ser negativo e imprevisible, esa conducta presenta algunos beneficios —pues de lo contrario no persistiría—. Por ejemplo, gracias a sus antecedentes de bajo rendimiento y carácter imprevisible, el pasivo-agresivo se salva de que le encarguen ciertas tareas indeseables. (Paradójicamente, esto suele despertar su resentimiento, pues piensa que así tratan de controlarle). Terapeuta y paciente tienen que considerar esos resultados «positivos», a fin de que no sólo perciba las consecuencias de esa conducta, sino también como motivación para emplear otros modos de respuesta.

También es útil una estrategia general que induzca a los pacientes a desplegar habilidades sociales adecuadas. Con quienes carecen de habilidades sociales, el terapeuta tendrá que enseñárselas paso a paso. Cuando haya cogniciones que interfieren en una conducta social adecuada que el paciente es capaz de poner en práctica, habrá que modificar dichas cogniciones.

Técnicas específicas

Con estas estrategias generales en mente, se pueden emplear algunas técnicas específicas para modificar las cogniciones, los afectos y la conducta de los pacientes pasivo-agresivos. Con el fin de ayudarles a identificar pensamientos automáticos, al principio se dan los mismos pasos que con el resto de pacientes. Concretamente, en la sesión se identifican los pensamientos automáticos que se producen al mismo tiempo que los cambios afectivos; los pensamientos automáticos que aparecen entre sesión y sesión se identifican con tareas específicas. Por ejemplo, un paciente se irritó en el curso de la sesión y dijo que en ese momento pensaba: «No tengo la obligación de hacer nada, usted trata de dominarme». Como estos pacientes sé resisten a los requerimientos, y les interesa seguir la vía de la menor resistencia, lo probable es que no les resulte fácil identificar los pensamientos automáticos.

En este punto, terapeuta y paciente deben trabajar juntos para identificar las cogniciones que quizás interfieran en el comportamiento del sujeto. Por lo general, esas cogniciones son de dos tipos: las del primer tipo contribuyen a crear afectos negativos (por ejemplo, depresión e irritabilidad), y las del segundo son respuestas a

los «requerimientos» (por ejemplo, «Tengo que hacerlo a mi manera», «¿Por qué siempre me están obligando a hacer cosas?», «Lo más fácil es sentarse y aguardar que se asiente la polvareda»). Cuando esas cogniciones quedan identificadas, terapeuta y paciente pueden evaluar si hay pruebas que respalden tales conclusiones o interpretaciones, y si existen explicaciones alternativas, más válidas. Cuando se determina que la interpretación en sí no está distorsionada, terapeuta y paciente deben examinar las consecuencias desde un punto de vista realista, así como estrategias para resolver el problema. Por ejemplo, el paciente se siente triste cuando piensa: «Todos me odian en el trabajo, y yo no estoy trabajando bien». La idea de que todos le odian es probablemente una generalización excesiva; el terapeuta puede ayudar al paciente a refutarla generalizando datos que la contradicen. La idea de no estar actuando bien en el trabajo quizá sea realmente correcta. Lo más útil es entonces evaluar la magnitud de esta deficiencia y los factores cognitivos y motivacionales que inciden en ella, además del modo como el paciente puede modificar dichos factores.

Los pacientes pasivo-agresivos, cuando se les piden pruebas en apoyo de su creencia, suelen responder: «Así es como lo siento». Este «razonamiento emocional» aparece con frecuencia en estos sujetos, y conviene abordarlo. Puede ser útil que el paciente lleve consigo una tarjeta que diga «Los sentimientos no son hechos», para recordar que sus estados emocionales se basan en su interpretación de las situaciones —y no necesariamente en la realidad—. Otro recurso es buscar ejemplos del pasado en los que el paciente «sintió» que era cierta alguna cosa, con pocas pruebas que lo apoyaran, y más tarde descubrió que se había equivocado.

Cuando a los pacientes se les pide que anoten sus pensamientos automáticos, conviene explicarles que pase lo que pase será siempre útil. Cumplida la tarea, terapeuta y paciente pueden ver cuáles son los pensamientos automáticos que contribuyen a generar ansiedad y depresión. Pero si el paciente no cumple el encargo, de todos modos es útil, porque entonces podrán identificarse las cogniciones que interfieren en esa tarea. Por ejemplo, una paciente no realizó el encargo de registrar los pensamientos automáticos. Durante la semana lo había recordado varias veces, pero en todos los casos pensó: «¿Por qué tomarme ese trabajo? Nadie me va a obligar a hacer algo que no quiero hacer. Yo no creo que sirva para nada, así que no voy t hacerlo».

Con estos pacientes son importantes las técnicas de la terapia cognitiva que establecen cooperación. Al principio de cada sesión, paciente y terapeuta deben programar juntos su contenido y estructura. Al final de la sesión y después de cada intervención se pedirá retroalimentación al paciente, para asegurarse de que comprendió el fundamento racional de los procedimientos, y también para detectar sus eventuales cogniciones negativas sobre el terapeuta o la terapia. Como ya se ha observado, se pueden montar «experimentos» que pongan a prueba la validez de ciertas cogniciones del paciente.

Con frecuencia es útil un análisis de costes y beneficios. Por ejemplo, si el

paciente no asiste a una reunión en el trabajo porque «No pueden obligarme» o «La programaron a una hora inadecuada», quizá crea que una ventaja de su ausencia fue que expresó indirectamente su insatisfacción por la «injusticia» de la situación. Pero el análisis de costes y beneficios indica con claridad que también hubo consecuencias negativas. Terapeuta y paciente pueden entonces considerar modos más directos de expresar insatisfacción, para que su superior no interprete mal la inasistencia a la reunión.

Cuando el paciente ya ha comprendido que sus estrategias suelen no comunicar bien el mensaje que él quiere enviar, es importante reforzar sus aptitudes para la asertividad. Estos pacientes a veces tienen en su repertorio la respuesta alternativa eficaz, pero no la aplican debido a sus supuestos disfuncionales. No obstante, lo típico es que haya un déficit de habilidades de respuesta, en cuyo caso conviene examinar las respuestas alternativas posibles y dramatizarlas en la sesión, para después ponerlas en práctica como tareas para que realice por su cuenta.

Estudio de caso

«X» era una estudiante graduada de 28 años que entró en tratamiento ansiosa, desvalida y con depresión severa. Se negó a dar información detallada en la evaluación de admisión, porque, según dijo, no se sentía cómoda con el psicólogo entrevistador. Comentó que sus calificaciones habían descendido en el último año. Antes se había hecho ilusiones con la escuela para graduados, pero no era lo que ella esperaba. Los profesores le parecían arbitrarios e injustos; le disgustaba tener que trabajar tanto para obtener su título. Para complicar las cosas, «X» había terminado una relación unos seis meses antes. Oscilaba entre sentirse herida porque había sido abandonada y la ira por no haber tomado ella la iniciativa de romper. (La relación no era buena, según la propia «X» lo admitió, y pensaba que, de haber tenido algo más de autoconfianza, le habría puesto fin).

Dijo poco sobre su infancia; la había pasado separada de su hermana y con la convicción de que los padres «no debían haber tenido hijos». Más tarde comentó que nunca supo qué podía esperar de ellos: «Perdían los estribos por cualquier cosa» y proporcionaban respaldo económico pero no emocional. Las relaciones actuales con la hermana y los padres eran tensas; sus sentimientos respecto de ellos, ambivalentes. A veces la encolerizaban y en otros momentos deseaba una relación más estrecha.

No fue fácil lograr que «X» especificara metas claras para el tratamiento, aunque

sin duda quería reducir su depresión y ansiedad. Durante toda la terapia se resistió a las propuestas. Se negó a llevar un registro diario de pensamientos disfuncionales, pues estaba segura de que no daría resultado. Cuando expresaba desaliento por muchos aspectos de su vida (por ejemplo la ropa) descartaba todas las sugerencias del terapeuta. A veces cumplía con esos requerimientos fuera de la sesión, a pesar de su firme negativa en el curso de ésta.

Una de las primeras facetas del tratamiento consistió en ayudar a «X» a evaluar su relación amorosa. Aunque había terminado seis meses antes, con frecuencia pensaba en ella. En las sesiones, el terapeuta y «X» acumularon muchas pruebas de que esa relación no había sido satisfactoria para la paciente. Un tipo de intervención que se puso en práctica fue contrarrestar cada imagen positiva con una negativa, a fin de recordar el equilibrio de la relación. Aunque «X» creía que «sólo el tiempo» curaba esas heridas y que ella no podía facilitar el proceso, gradualmente logró ir apartando esa experiencia de su mente. Había evitado a su exnovio durante meses, pero al cruzarse un día en la calle se sintió herida porque él no la saludó. Se generaron explicaciones alternativas de esa conducta. Por ejemplo, era posible que el exnovio respondiera de ese modo al hecho de que ella le ignoraba, y no que la odiara, como ella había inferido automáticamente.

«X» también experimentaba un malestar considerable por sus estudios. Les dedicaba mucho tiempo, y sin embargo seguía obteniendo notas bajas. Sentía que ello se debía en gran medida a que los profesores no eran justos. Mientras trataba de estudiar, pasaba mucho tiempo dándole vueltas al injusto final de su relación amorosa y al hecho igualmente injusto de que tuviera que trabajar tanto. El terapeuta le sugirió una técnica de detención del pensamiento: a los pensamientos de ese tipo tenía que responderles con una voz de «¡Alto!» mental, y volver a concentrarse en su trabajo. Al principio «X» se negó a intentar la técnica. Más tarde, al aumentar su preocupación por las notas, pudo emplearla en un 20 por ciento de las veces que se sorprendía rumiando. El terapeuta usó este ejemplo para abordar su mala disposición a trabajar en pos de sus metas y su dificultad para alcanzarlas. Concretamente, existía una solución posible para uno de sus problemas, y ella se había negado a intentarla. Sobre la base del modelo cognitivo, el terapeuta dio por sentado que lo que le impedía alcanzar sus objetivos eran los pensamientos que producían interferencias. Le encargó a «X» que tomara conciencia de esos pensamientos, para examinarlos en el consultorio.

«X» no lo hizo al principio, pero en la segunda sesión después de encargársele esta tarea, ella y el terapeuta pudieron identificar algunos pensamientos que interferían en el trabajo, como «¿Por qué tendría que hacerlo?», «No dará resultado» y «No estoy obligado a hacer esto». En sesión se puntualizó que «X» no tenía que realizar el encargo para el terapeuta, sino que desafiar esas cogniciones podría ser beneficioso para ella misma. Junto con el terapeuta, «X» generó algunas respuestas y las escribió en tarjetas para recordarlas fuera de la sesión. Como era de esperar,

comentó que no estaba segura de que fuera una buena idea, ni de poder hacerlo. En la sesión siguiente dijo que había usado las tarjetas y la técnica del «¡Alto!», y que esto le había ayudado a concentrarse mientras estudiaba.

Una respuesta frecuente de «X» era «Sobre esto mis sentimientos son confusos». El terapeuta trató de diferenciar esos sentimientos y los pensamientos que contribuían a generarlos. También era importante aclarar que, aun después de enfrentarse a esas distorsiones del pensamiento, resultaba razonable tener sentimientos confusos sobre muchas cuestiones.

De modo que la primera fase del tratamiento se dedicó a reducir la depresión y la ansiedad. Cuando «X» entendió que se había logrado en parte su preocupación y que podía sostener mejor su concentración en el estudio, quiso dar por terminada la terapia. Entonces terapeuta y paciente consideraron las ventajas y desventajas de continuar (por un lado, la posibilidad de examinar y modificar las actitudes disfuncionales que habían provocado la depresión y las dificultades interpersonales, así como reforzar las técnicas que había aprendido para superar las emociones negativas; en el otro platillo de la balanza, el tiempo y los gastos).

Aunque con reticencia, la paciente decidió continuar el trabajo abordando las pautas crónicas. Se abordaron su negativismo y la creencia de que se le estaba tratando de modo injusto. Cuando evaluaba algo como negativo (o desesperado, inútil, etcétera), se le aconsejó que apreciara el impacto de ese aspecto negativo y también tomara nota de los rasgos positivos. Por ejemplo, «X» se había quejado durante algunas sesiones de no tener tiempo para realizar un proyecto de investigación. Un día descubrió que, como su profesor se iba, no tenía ninguna posibilidad de continuar con ese proyecto. La irritó muchísimo perder la oportunidad de publicar su trabajo. En las sesiones, el terapeuta y «X» se centraron en las ventajas y desventajas de ese giro de los acontecimientos, en lugar de considerarlo totalmente negativo. Además examinaron si la partida del profesor tenía algo que ver con «X» en términos personales, o con otras cosas. También surgieron pruebas de que ella tendría la oportunidad de realizar nuevas investigaciones, tanto durante su estancia en la escuela como más adelante.

Cuando «X» empezó a considerar más abiertamente sus pautas de respuesta, inició junto con el terapeuta un «cuaderno de trabajo» en el que registraba las situaciones que la perturbaban. Allí anotaba sus pautas automáticas de respuesta tanto cognitivas como conductuales, y evaluaba su exactitud y eficacia. Después, juntos, el terapeuta y «X» desarrollaban pautas alternativas y hacían una lista de las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos. Rastreando tales situaciones, pudieron agruparlas en unas pocas categorías, como «trato injusto», «exigencias» y «negatividad». Después elaboraron una estrategia para cada categoría. Por ejemplo, «X» daba automáticamente por sentado el «trato injusto». A veces lo tomaba como algo personal y señalaba al presunto culpable; otras veces adoptaba una conducta de provocación pasiva respecto de esa persona. Una estrategia más racional consistía en

evaluar primero si había existido una injusticia real. Cuando «X» llegaba a la conclusión de que había sido tratada con injusticia, tenía que determinar si era una cuestión personal o si también otros habían sido tratados de la misma manera (por ejemplo, durante una clase). Después debía decidir con qué tipo de acción respondería a ese trato (si es que iba a hacer algo). También tenía que considerar sus expectativas sobre el modo como quería que los demás la trataran o que fueran las cosas.

A veces se incluía en el cuaderno de trabajo la conducta de «X» durante las sesiones. Por ejemplo, cuando el terapeuta se disponía a irse de vacaciones, «X» se negó a programar una sesión con un sustituto, pero hizo algún comentario acerca de que «no iba a estar por allí» cuando volviera la terapeuta. Esta le explicó que esos comentarios le hacían sentirse incómoda, y le pidió que enunciara sus preocupaciones directamente. Se puso de manifiesto que «X» sentía cólera porque el terapeuta interrumpía el tratamiento y la abandonaba. Juntos pudieron entonces abordar esas cuestiones, e incluso hallaron algunas ventajas en la breve interrupción de la terapia (por ejemplo, le daba a «X» la oportunidad de practicar por sí misma las técnicas terapéuticas).

«X» realizó progresos significativos sobre todo en la reducción de la negatividad y la conducta pasivo-agresiva. Aún respondía automáticamente con irritación a muchas situaciones, pero la frecuencia y duración de esa irritación fueron disminuyendo. En algunas situaciones podía asumir la responsabilidad por su conducta y responder de un modo más adecuado para alcanzar sus objetivos.

Prevención de la recaída

Una de las mejores estrategias para la prevención de la recaída es la de las sesiones de refuerzo. Lo mismo que con los otros pacientes con trastornos de la personalidad, las creencias disfuncionales enraizadas de los pacientes con TPAP pueden permanecer en estado de latencia hasta que el sujeto se encuentra en una situación que las desencadena. Antes de finalizar el tratamiento, se pueden identificar las situaciones en las que el paciente es vulnerable. Como ya hemos observado, existe la posibilidad de un «cuaderno de trabajo» que registra esas situaciones, en el cual se anotan las pautas automáticas disfuncionales típicas, así como cogniciones y conductas más racionales y funcionales. Son ejemplos de tales situaciones de vulnerabilidad el ser tratado con injusticia, recibir la orden de hacer algo o evaluar

una situación negativa. Las sesiones de refuerzo impiden que el paciente vuelva a asumir pautas disfuncionales. Durante ellas se repasan las estrategias logradas, se examinan zonas-problema y se desactivan las dificultades potenciales. A lo largo del tratamiento hay que explicar que la terapia es un modo de aprender a manejar eficazmente diversas situaciones. Es razonable que en los momentos de estrés adicional el paciente requiera terapia como ayuda para desenvolverse con éxito.

Problemas del terapeuta

No debe sorprender que el trabajo con estos pacientes resulte difícil, a causa de su actitud negativista y de que por lo general no están dispuestos a probar modos alternativos de abordar sus problemas. Además, desde luego, el paciente pasivo-agresivo se resistirá a muchos de los pasos que supone el tratamiento; también demostrará ser difícil en cuestiones prácticas tales como los pagos, la puntualidad y la fiabilidad. Ya hemos señalado que un enfoque cooperativo atempera algunos de estos problemas. Por ejemplo, después de explicar el fundamento de una técnica terapéutica o de una tarea para hacer por su cuenta, es importante que el paciente describa qué utilidad le parece que tendrá eso para ayudarle a alcanzar sus metas. Lograr que los pacientes elaboren sus propias «mini metas» es ideal, pero no cabe esperarlo al principio. En lo que se refiere a la frustración del terapeuta, es útil que conciba la conducta de los pacientes con TPAP como una pauta conductual inadaptada aprendida, y no como algo que le concierne personalmente. Aunque es en efecto difícil trabajar con ellos, el progreso es posible, y resulta gratificante verles responder de un modo más funcional.

CAPÍTULO 16

SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

El concepto de trastorno de la personalidad está en cambio constante. Al reseñar su desarrollo a través de las ediciones sucesivas del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, la gama de problemas, las definiciones y la terminología continúan evolucionando (o, según algunos, degenerando). Se identifican nuevos trastornos mientras que otros de eliminan. Por ejemplo, la personalidad inadecuada (301.82) y la personalidad asténica (301.7) del DSM-II desaparecieron en el DSM-III, mientras que el trastorno narcisista de la personalidad (301.7), que no existía en el primero, apareció en el segundo. Otras denominaciones cambian. Por ejemplo, la personalidad inestable (51.0) del DMS-I se convirtió en la personalidad histérica (301.5) del DSM-II y en el trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III y el DSM-III-R.

Mientras escribimos esto, las comisiones de diagnóstico y nomenclatura de la American Psychiatric Association realizan el arduo trabajo de revisar el esquema actual del diagnóstico para el DSM-IV. Blashfield y Breen (1989) sostienen que la validez de muchas de las actuales categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad es escasa, y que en varios casos existen niveles altos de superposición de significados. La actual confusión se acentúa cuando consideramos las diferencias entre los criterios del DSM-III-R y los de la *International Classification of Diseases*, 9.ª edición (ICD-9; World Health Organization, 1977) o la ICD-10, de aparición inminente (World Health Organization, en preparación), para los trastornos de la personalidad. Es esencial que la investigación en curso delimite mejor las categorías del Eje II que se superponen, y que identifique los factores diagnósticos específicos que indican la existencia de cada trastorno. Además los criterios de las categorías nosológicas deben tener algo más que una validez nominal o clínica; por medio de estudios estadísticos hay que demostrar que poseen validez discriminativa y factorial. La elección final de las categorías depende de la medida en que le ofrezcan al clínico un marco conceptual para el diagnóstico, capaz de conducir a estrategias e intervenciones útiles.

Evaluación

Escalas como el Inventario Clínico Multiaxial de Millón (Millón Clinical Multi-Axial Inventory; 1987a), el Examen de los Trastornos de la Personalidad (Personality Disorder Examination; Lorenger, Sussman, Oldham y Russakoff, 1988) o la Entrevista Clínica Estructurada para el DSMIII-R (Structured Clinical Interview for the DSM-III-R; Spitzer, William y Gibbon, 1987) ayudan a identificar los trastornos de la personalidad. Entre los instrumentos más útiles para el terapeuta cognitivo se cuentan los que evalúan directamente los esquemas del paciente y comparan las creencias expresas (o inferidas) con las estructuras esquemáticas clínicamente reconocidas de los diversos trastornos. En el apéndice presentamos una de tales escalas que listan las creencias específicas de cada uno de los trastornos de la personalidad.

Cuestiones clínicas

Si bien no existen protocolos de tratamiento validados empíricamente, podemos proponer un resumen de las orientaciones para la terapia presentadas en este libro; nuestro resumen se basa en parte en una reseña de la literatura disponible (Pretzer y Fleming, 1989) y en parte en la experiencia clínica.

1. Las intervenciones son más eficaces cuando se basan en una conceptualización individualizada de los problemas del paciente

Turkat y colaboradores (sobre todo en Turkat y Maisto, 1985) han demostrado el valor de la conceptualización individualizada de los problemas; esa conceptualización parte de una evaluación detallada y se pone a prueba con datos adicionales y observando los efectos de las intervenciones. La formulación clara de los problemas del paciente ayuda a elaborar un plan de tratamiento eficaz y reduce al mínimo los riesgos de que el terapeuta se vea confundido por la complejidad del caso. Además, la práctica de poner a prueba el planteamiento conceptual confrontándolo con datos empíricos (Turkat y Maisto, 1985) o con la observación clínica (Freeman, Pretzer, Fleming y Simón, 1990, cap. 2) le permite al terapeuta identificar y corregir los

errores de concepción, inevitables en vista de la complejidad de los pacientes con trastornos de la personalidad.

Es importante evaluar los cinco ejes del DSM-III-R (Síndromes clínicos y códigos V; Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad; Trastornos y estados somáticos; Intensidad del estrés psicosocial; Evaluación global del sujeto) para que la información recogida sea lo más completa posible. El planteamiento del caso debe considerar los datos históricos completos, incluso la historia familiar, la historia evolutiva, la historia social, la información educacional y profesional, la historia médica y psiquiátrica, y el estado funcional actual. Nunca se pondrá demasiado énfasis en la necesidad de que la conceptualización del caso se siga revisando a medida que se reúnen nuevas informaciones. La piedra de toque para reconocer su validez es que explique las conductas pasada y presente, y permita predecir la futura. Los elementos básicos se resumen en la tabla 16.1:

TABLA 16.1. ***Esquema de los elementos básicos de la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad***

A. Conceptualización del caso:

1. Historia pasada, historia evolutiva.
2. Concepciones básicas de sí mismo y los demás.
3. Creencias condicionales y nucleares.
4. Relación de las creencias con las cogniciones.
5. Estrategias disfuncionales.
6. Creencias y estrategias adaptativas.
7. Desarrollo de la psicopatología.
8. Confección del diagrama.

B. Cooperación y descubrimiento guiado.

C. Relación terapéutica:

1. Interés por las metas, la familia, el trabajo.
2. Modelo de rol.
3. Experiencias personales como ejemplos.
4. Ayuda en las decisiones y adquisición de habilidades.
5. Empatía y comprensión.
6. Empleo de las «reacciones transferenciales».

D. «Pensamientos automáticos» y «respuestas racionales».

E. Dramatización (role playing):

1. Desarrollo de habilidades, entrenamiento en asertividad.
2. Inversión de roles:
    a. El terapeuta modela las habilidades.
    b. Aumenta la empatía y la comprensión.
3. «Revivir» las experiencias tempranas.

F. Evocación de imágenes:

1. Imágenes de las figuras clave en el presente.
2. Experiencias de la niñez.

G. Identificar y poner a prueba las «creencias básicas»:

1. Técnica de la flecha hacia abajo.
2. Experimentos conductuales.

H. Implantación de nuevos «esquemas»:

1. Técnica del casillero.

I. Establecer / cambiar metas y prioridades:

1. Técnica del «balance».

J. Cuestiones relacionadas con los «encargos para el hogar»:

1. Necesidad de una base racional clara.
2. Empleo de diarios.
3. Práctica de las habilidades en el consultorio:
    a. Pensamientos automáticos.
    b. «Errores» de designación.
    c. Puesta a prueba de los pensamientos automáticos, y respuesta a los mismos.
4. Problemas:

a. Desarrollo de habilidades.
b. Relación con las creencias y estrategias:
    1. Disconformidad.
    2. Toma de notas obsesiva.
    3. Exhibición histriónica.

K. Terapia de apoyo.

L. Prevención de la recaída.

2. Los esquemas pueden reconstruirse, modificarse o reinterpretarse. El cambio de esquemas en todos los trastornos puede pensarse como distribuido a lo largo de un continuo

El cambio más profundo sería la construcción de nuevos esquemas o la reconstrucción de los esquemas inadaptados. El punto siguiente del continuo es el mantenimiento de los esquemas con modificaciones importantes o pequeñas. El otro punto de referencia con el continuo es la reinterpretación de los esquemas, conservando su estructura pero enmarcando de un modo más funcional esos esquemas antes inadaptados.

3. Es importante que terapeuta y paciente trabajen en cooperación en pos de metas compartidas y claramente identificadas

Para no saltar de un problema a otro sin realizar ningún progreso duradero es necesario que la terapia tenga metas claras y congruentes. Pero es importante que esas metas se establezcan de común acuerdo, para reducir al mínimo la disconformidad por parte del paciente y las luchas de poder que suelen obstaculizar el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad. No es fácil definir las metas compartidas del tratamiento cuando el paciente presenta quejas muy vagas y no se manifiesta dispuesto a modificar las conductas que el terapeuta considera particularmente problemáticas. Pero por lo general vale la pena dedicar tiempo y esfuerzo a establecer las metas de común acuerdo.

Como la terapia cognitiva es cooperativa, terapeuta y paciente trabajan en equipo. La naturaleza y severidad del trastorno de la personalidad, y las complicaciones de los múltiples problemas del Eje I y el Eje II, no siempre permiten una cooperación en partes iguales (50%). Con algunos pacientes los porcentajes son de 30 y 70, o incluso 10-90: es el terapeuta quien aporta la mayor parte de la energía o el trabajo en las

sesiones o, más en general, en la totalidad de la terapia. En el tratamiento de algunos pacientes con un trastorno de la personalidad, parte del esfuerzo terapéutico se centra en ayudarles a usar al máximo sus propios recursos, para superar las dificultades de relación que obstruyen el desarrollo de una alianza de trabajo sólida. Con los otros pacientes —sobre todo los dependientes— el problema de la personalidad en sí puede ponerse al servicio de la relación terapéutica. Se puede satisfacer la necesidad que tiene el paciente dependiente de alguien que le ayude, pero con equilibrio, sin permitir la renuncia absoluta a todo pensamiento y acción independientes.

4. El terapeuta debe ser realista respecto de la duración de la terapia, sus metas y las normas para la autoevaluación

Muchos terapeutas que aprenden enfoques conductuales y cognitivo-conductuales de la terapia, teniendo en cuenta la evaluación de resultados, empiezan a creer que deben ser omnipotentes y vencer a la psicopatología con facilidad y rapidez, en doce sesiones o menos. La consecuencia es la frustración y la ira por el paciente «resistente» cuando la terapia avanza con lentitud, y la culpa y autocrítica cuando marcha mal. Desde luego, los problemas complejos y enraizados requieren más de quince o veinte sesiones de terapia. Las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales pueden lograr cambios sustanciales, aparentemente duraderos, pero en ciertos casos los resultados son más modestos, y en algunos es muy poco lo que se consigue (Freeman y otros, 1990; Turkat y Maisto, 1985). Cuando la terapia avanza con lentitud, tiene importancia que no se abandone prematuramente ni se insista en aplicar un enfoque de tratamiento que fracasa. Cuando el tratamiento no tiene éxito, hay que recordar que la capacidad del terapeuta no es el único factor que influye en el resultado.

5. Es importante concentrar más atención que la habitual en la relación terapeuta-paciente

Las conductas interpersonales disfuncionales que esos pacientes ponen de manifiesto en las relaciones de fuera de la terapia con toda probabilidad también aparecerán en la relación terapeuta-paciente. Es probable que tales conductas malogren la terapia si no se abordan con éxito, pero también es cierto que su aparición proporciona la oportunidad de realizar un trabajo más eficaz, puesto que le permiten al terapeuta la observación y la intervención en vivo (Freeman y otros, 1990; Linehan, 1987a,c; Mays, 1985). Con los individuos que tienen problemas interpersonales de la magnitud común entre los pacientes con trastornos de la personalidad, la eficacia y la eficiencia de la intervención pueden aumentar

sustancialmente cuando se aprovechan las oportunidades brindadas por la relación terapeuta-paciente, en lugar de considerarlas problemas que hay que eliminar lo antes posible.

Un tipo de problema de la relación terapeuta-paciente que es más común entre los pacientes con un trastorno de la personalidad es la percepción errónea, extremada y/o persistente del terapeuta por parte del paciente. Este fenómeno puede comprenderse en función de las creencias y expectativas inadecuadamente generalizadas del individuo. Los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo están alertas ante cualquier indicación de que lo que temen pueda producirse, y reaccionan dramáticamente cuando la conducta del terapeuta parece confirmar sus precisiones. Cuando se producen esas fuertes respuestas emocionales, es importante que el terapeuta advierta lo que sucede, llegue pronto a una comprensión clara de lo que piensa el paciente y despeje de modo directo, pero con sensibilidad, los errores de concepción y comprensión. Si no lo hace, esas reacciones pueden complicar mucho la terapia.

6. Las intervenciones que aumentan la sensación que el paciente tiene de su propia eficacia, a menudo reducen la intensidad de la sintomatología y facilitan la terapia

Muchos pacientes con trastornos de la personalidad se sienten muy incómodos al tener que ser francos —a causa de su falta de confianza en el terapeuta, por el malestar que les provocan incluso los niveles moderados de intimidad, por miedo al rechazo, etcétera—. Si resulta factible, puede ser útil empezar el tratamiento trabajando con un problema abordable mediante intervenciones conductuales que no requieran mostrarse muy abiertamente. (Freeman y otros, 1990, cap. 8.) Esto da tiempo para que el paciente vaya sintiéndose, más cómodo con la terapia (y con el terapeuta), y para que el terapeuta aborde gradualmente el malestar del paciente cuando tiene que confiarse.

Con algunos pacientes, todo el curso de la terapia puede verse limitado por la dificultad que tienen para confiarse a otros o, en términos más generales, para confiar en alguien. Con un foco conductual como el que hemos recomendado, el terapeuta los ayuda a aliviar ciertos síntomas, pero es posible que sigan poniendo de manifiesto el mismo estilo de personalidad.

7. El terapeuta no debe confiar principalmente en las intervenciones verbales

Cuanto más graves son los problemas de un paciente, más importante es el uso de

las intervenciones conductuales para lograr el cambio cognitivo y de la conducta (Freeman y otros, 1990, cap. 3.) Por ejemplo, muchos pacientes escasamente asertivos obtienen un beneficio sustancial cuando analizan la autoafirmación y los temores que sienten al respecto, y ensayan conductas asertivas con el auspicio del terapeuta. Sin embargo, los pacientes con un trastorno de la personalidad por dependencia o un trastorno pasivo-agresivo de la personalidad suelen temer tanto la autoafirmación, que incluso inducirlos a dramatizarla se torna difícil, para no hablar de intentar conductas asertivas en la vida real. Una jerarquía gradual de «experimentos conductuales» no sólo da oportunidad al paciente de dominar las habilidades que se necesitan para actuar asertivamente, sino que también puede ser muy eficaz para cuestionar las expectativas poco realistas.

8. El terapeuta debe considerar la posibilidad de comenzar con intervenciones que no pongan al paciente en situación de tener que revelar muchas cosas sobre sí mismo

Muchos pacientes con trastornos de la personalidad se sienten incómodos cuando tienen que hablar de sí mismos, a causa de su falta de confianza en el terapeuta, la incomodidad que les produce la intimidad —incluso en niveles moderados—, el temor al rechazo, etc. En la medida de lo posible debe comenzarse el tratamiento atacando un problema que pueda abordarse mediante intervenciones conductuales que no obliguen al paciente a revelar mucho sobre sí mismo (Freeman y otros, 1990, cap. 8.) Esto da tiempo al paciente para sentirse cada vez más cómodo con la terapia (y con el terapeuta), y al terapeuta para abordar gradualmente la cuestión de la incomodidad que experimenta el paciente al tener que revelar cosas sobre sí mismo.

En el caso de algunos pacientes, la terapia puede resultar afectada en todo su desarrollo por la dificultad que encuentran para hablar de sí mismos o, en general, para confiar en los demás. Adoptando el tipo de intervenciones conductuales mencionadas precedentemente, el terapeuta puede ayudarlos a aliviar algunos síntomas, aunque es posible que no se produzcan cambios en su estilo de personalidad.

9. El terapeuta debe tratar de identificar y abordar los miedos del paciente antes de instrumentar los cambios

Los pacientes con trastornos de la personalidad suelen tener miedos, fuertes pero no expresados, a los cambios que ellos mismos persiguen o que se les pide que realicen en el curso de la terapia; si no se empieza por abordar esos miedos, suele ser inútil que se intente inducir al paciente a seguir avanzando (Mays, 1985). Pero si el

terapeuta examina las expectativas y preocupaciones del paciente antes de intentar cada cambio, es probable que se reduzca su nivel de ansiedad respecto de la terapia y que aumente su conformidad. El paciente puede temer el cambio («¿Cómo será ser diferente?»), los efectos del cambio sobre otros significativos («¿Me seguirán queriendo si soy diferente?») o que le resulte imposible cambiar («¿Y si trato de cambiar y a pesar de mis esfuerzos fracaso?»).

10. El terapeuta debe prever que habrá problemas con la disconformidad

Entre los pacientes con trastornos de la personalidad, son muchos los factores que inducen una tasa alta de disconformidad del paciente con el tratamiento. Además de las complejidades de la relación terapeuta-paciente y de los fuertes miedos a los que acabamos de referirnos, las conductas disfuncionales de los pacientes con trastornos de la personalidad están muy enraizadas y son a menudo reforzadas por ciertos aspectos del entorno. Por otra parte, cada trastorno de la personalidad produce sus propios problemas específicos de disconformidad. Un individuo con personalidad evitativa probablemente se resistirá a llevar a cabo las tareas que supongan interacción social, mientras que otro con un trastorno límite tenderá a oponerse al tratamiento para demostrar su autonomía. Estos episodios proporcionan la oportunidad de identificar cuestiones que impiden el progreso de la terapia; es posible abordarlos y convertirlos en agua para el molino de la terapia.

11. El terapeuta no debe dar por supuesto que el paciente vive en un ambiente razonable o funcional

A menudo los pacientes con trastornos de la personalidad son el producto de familias seriamente atípicas o disfuncionales, y siguen viviendo en ambientes atípicos. El terapeuta puede engañarse por la simplicidad aparente de algunas intervenciones. Ciertas conductas, como la asertividad, son en general tan adaptativas que uno tiende a pensar que siempre constituyen una buena idea y que se pueden instrumentar con facilidad. Al instrumentar los cambios, es importante evaluar las respuestas probables de las personas significativas del ambiente del paciente, y no dar por sentado que reaccionarán automáticamente de un modo razonable. La ayuda al paciente para lidiar con sus esquemas internos se ve complicada por la necesidad de que aprenda también a lidiar con los esquemas de otras personas, o con los esquemas más generales de la familia, la religión o la cultura.

12. El terapeuta debe prestar atención a sus propias reacciones

emocionales en el curso de la terapia

La interacción con los pacientes que presentan trastornos de la personalidad puede suscitar en el terapeuta reacciones emocionales fuertes, que oscilan entre la tristeza empática y la cólera, el desaliento, el miedo o la atracción sexual intensos. Es importante que el terapeuta tome conciencia de sus propias reacciones, por varias razones. Primero, es importante asegurarse de que esas reacciones no impidan el trabajo terapéutico ni conduzcan a actitudes inconvenientes para el paciente. Segundo, esas respuestas emocionales constituyen una útil fuente de datos. Como no se producen por azar, es probable que cuando sean fuertes permitan vislumbrar importantes creencias disfuncionales de paciente y terapeuta, o que las haya provocado alguna conducta del paciente. El reconocimiento preciso de las propias respuestas del terapeuta acelera la identificación de las pautas cognitivas del paciente. Tercero, el terapeuta debe reconocer sus respuestas emocionales para reflexionar con cuidado sobre si tiene que revelarlas o no. Por una parte, revelar esas reacciones eleva el nivel de intimidad de la relación, y puede resultar amenazante con pacientes a quienes la intimidad les crea malestar. Por otro lado, si el terapeuta oculta una reacción que el paciente percibe de todos modos a través de claves no verbales, es posible que sea mal interpretado o que provoque desconfianza. Finalmente, el reconocimiento por parte del terapeuta de sus reacciones emocionales al paciente le permite emplear técnicas cognitivas como el registro de pensamientos disfuncionales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para examinar el fenómeno con perspectiva. Si las reacciones emocionales persisten, quizá sea necesario consultar con un colega más objetivo.

13. El terapeuta debe ayudar al paciente a abordar las emociones desagradables que pueden obstaculizar la terapia

El cambio, las exploraciones en lo desconocido o los viajes a zonas temidas suelen provocar respuestas emocionales. Estas pueden ser moderadas y fáciles de manejar, o severas y debilitantes. Cuando a los pacientes con un trastorno de la personalidad se les pide que cuestionen la esencia misma de su ser y que se perciban de otro modo, es probable que aparezcan emociones negativas, quizá lo bastante poderosas como para que abandonen la terapia, en un intento de «reagrupar fuerzas» y reforzar la coraza. Pero si a esos pacientes se les advierte con antelación que existe la posibilidad de que aparezcan reacciones ansiógenas o disfóricas y se les ayuda a elaborar estrategias adecuadas, es más probable que no abandonen la terapia y trabajen en el difícil proceso del cambio de esquemas.

14. Establecer límites es una parte esencial del programa general de tratamiento

Teóricos de diversas posiciones, desde la psicoanalítica (Gunderson, 1984; Kernberg, 1984) hasta la cognitivo-conductual (Freeman y otros, 1990) comparten la idea de que establecer límites firmes y razonables sirve para varios propósitos en la terapia de los pacientes del Eje II. Primero, ayuda al paciente a organizar su vida y a protegerse de sus propios excesos, que en el pasado quizá le hayan causado problemas a él mismo y a otros. Segundo, ayuda al terapeuta a modelar un enfoque estructurado, razonado, de la solución de problemas. Tercero, ofrece una estructura que le permite al terapeuta mantener el control de una relación terapéutica prolongada y tal vez tormentosa.

* * *

Consideramos que este libro dará un impulso a la aplicación de nuestro trabajo al tratamiento de los trastornos de la personalidad. Esperamos que, lo mismo que *Cognitive Therapy of Depression* (Beck y otros, 1979), sirva como guía de tratamiento para los estudios de resultados clínicos que evalúen la eficacia de la terapia cognitiva con este grupo tan complejo y difícil. Con tal fin, habrá que elaborar protocolos de investigación para poner a prueba el modelo, conceptualizaciones teóricas y estrategias de tratamiento. Mientras escribimos esto, se están formulando planes para poner a prueba en un estudio controlado la eficacia de nuestro enfoque en el tratamiento de tres trastornos de la personalidad: el trastorno por evitación, el trastorno por dependencia y el obsesivo-compulsivo. Más adelante nos proponemos realizar pruebas de la eficacia de otros trastornos de la personalidad, y de tal modo establecer una sólida base de trabajo para la terapia cognitiva de este difícil grupo de pacientes. A medida que avanzamos en la década de 1990 vislumbramos nuevas esperanzas de que ciertos estados, alguna vez considerados refractarios a las intervenciones terapéuticas, resultarán modificables, como ya lo son los trastornos afectivos o por ansiedad.

APÉNDICE

CONTENIDO DE LOS ESQUEMAS EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A continuación se enumeran algunas de las creencias típicas asociadas con cada uno de los trastornos de la personalidad. Aunque entre las categorías existe una cierta superposición de ítems, inevitable y necesaria, estas listas son útiles para diagnosticar. Además ayudan al terapeuta a escoger las creencias clave a las que apuntará su intervención terapéutica.

*I. Trastorno de la personalidad por **evitación***

1. Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y en las situaciones sociales.
2. Las otras personas son potencialmente críticas, indiferentes o despectivas, o pueden rechazarme.
3. No tolero los sentimientos desagradables.
4. Si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo «real» y me rechazarán.
5. Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.
6. Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables.
7. Si siento o pienso algo desagradable, debo tratar de apartarlo de mi mente o distraerme —por ejemplo, pensando en otra cosa, tomando un trago, con drogas o viendo televisión.
8. Debo evitar las situaciones en las que atraigo la atención, o ser lo menos llamativo posible.
9. Los sentimientos desagradables aumentan de intensidad y se vuelven incontrolables.
10. Si otros me critican, deben de tener razón.
11. Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fracasar.
12. Si no pienso en un problema, no tengo que hacer nada al respecto.
13. Cualquier signo de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto, debo cortarla.

*II. Trastorno de la personalidad por **dependencia***

1. Soy alguien necesitado y débil.
2. Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo.
3. La persona que me ayuda puede ser segura, darme lo que necesito y apoyarme, si quiere hacerlo.
4. Si me dejan solo, no puedo valerme por mí mismo.
5. Estoy básicamente solo, a menos que pueda aferrarme a una persona más fuerte.
6. Ser abandonado es lo peor que me puede pasar.
7. Si no me aman, seré siempre infeliz.
8. No debo hacer nada que ofenda a quien me apoya o me ayuda.
9. Debo ser sumiso para conservar su benevolencia.
10. Debo tener acceso a esa persona en todo momento.
11. Debo cultivar la relación más íntima posible.
12. No puedo tomar decisiones por mí mismo.
13. No sé desenvolverme bien como otras personas.
14. Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o me digan qué tengo que hacer.

*III. Trastorno **pasivo-agresivo** de la personalidad*

1. Soy autosuficiente, pero necesito que los otros me ayuden a alcanzar mis objetivos.
2. El único modo de seguir respetándome a mí mismo es afirmarme de modo indirecto —por ejemplo, no cumpliendo exactamente con las instrucciones.
3. Me gusta tener relaciones estrechas, pero no a costa de ser dominado.
4. Las figuras de autoridad tienden a ser intrusivas, exigentes, entrometidas y controladoras.
5. Tengo que resistir la dominación de las personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservar su aprobación y aceptación.

6. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable.
7. Tengo que hacer las cosas a mi manera.
8. Establecer plazos, satisfacer los requerimientos y adaptarse a los demás son golpes directos a mi orgullo y autosuficiencia.
9. Si sigo las reglas como la gente espera que lo haga, limitaré mi libertad de acción.
10. Es mejor no expresar mi ira de modo directo, sino mostrar mi desagrado desobedeciendo.
11. Sé lo que es mejor para mí, y nadie tiene que decirme lo que debo hacer.
12. Las reglas son arbitrarias y me asfixian.
13. Todos suelen ser demasiado exigentes.
14. Si una persona me parece demasiado mandona, tengo derecho a no hacer lo que me pide.

*IV. Trastorno **obsesivo-compulsivo** de la personalidad*

1. Soy totalmente responsable por mí mismo y los demás.
2. Para que las cosas se hagan, sólo puedo contar conmigo mismo.
3. Los demás tienden a ser demasiado informales, a menudo irresponsables, autocomplacientes o incompetentes.
4. Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.
5. Necesito orden, sistema y reglas para que la tarea se realice bien.
6. Si no soy sistemático, todo se derrumbará.
7. Cualquier falla o defecto en la ejecución puede provocar una catástrofe.
8. En todos los casos es necesario atenerse a las normas más estrictas, o las cosas se derrumban.
9. Necesito un control total de mis emociones.
10. La gente tiene que hacer las cosas a mi manera.
11. Si no actúo con la mayor competencia, fracasaré.
12. Los fallos, defectos o errores son intolerables.
13. Los detalles son extremadamente importantes.
14. Por lo general, mi modo de hacer las cosas es el mejor.

*V. Trastorno **antisocial** de la personalidad*

1. Tengo que preocuparme por mí mismo.
2. La fuerza o la astucia son los mejores medios para hacer las cosas.
3. Vivimos en una selva en la que sobreviven los más fuertes.
4. Me golpearán a mí si no golpeo primero.
5. No es importante cumplir las promesas ni pagar las deudas.
6. Mentir y hacer trampas está bien, mientras a uno no lo atrapen.
7. He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.
8. Los otros son débiles, y merecen que los dominen.
9. Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.
10. Debo hacer todo lo que puedo hacer.
11. Lo que los demás piensen de mí no tiene ninguna importancia.
12. Si quiero algo, debo hacer todo lo necesario para conseguirlo.
13. Puedo hacer las cosas y no tengo que preocuparme por las malas consecuencias.
14. Si una persona no sabe defenderse, ése es su problema.

*VI. Trastorno **narcisista** de la personalidad*

1. Soy una persona muy especial.
2. Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato y privilegios especiales.
3. A mí no me obligan las reglas que valen para los demás.
4. Es muy importante obtener reconocimiento, elogio y admiración.
5. Si los demás no respetan mi estatus, deben ser castigados.
6. Todos tienen que satisfacer mis necesidades.
7. Los demás deben reconocer lo especial que soy.
8. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho.

9. Las otras personas no merecen la admiración o la riqueza que tienen.
10. La gente no tiene ningún derecho a criticarme.
11. Mis necesidades están por encima de las de cualquier otro.
12. La gente debería preocuparse por promocionarme, porque tengo talento.
13. Sólo me comprenden las personas tan inteligentes como yo.
14. Tengo todas las razones para esperar grandes cosas.

*VII. Trastorno **histriónico** de la personalidad*

1. Soy una persona interesante, estimulante.
2. Para ser feliz necesito que otras personas me presten atención.
3. Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.
4. Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.
5. El modo de conseguir lo que quiero consiste en deslumbrar o divertir a la gente.
6. Las personas que no me responden muy positivamente, son malas.
7. Es terrible que la gente me ignore.
8. Debo estar en el centro de atención.
9. No tengo que preocuparme por pensar mucho las cosas: puedo seguir mis intuiciones.
10. Si entretengo a la gente, no advertirán mis debilidades.
11. No soporto el aburrimiento.
12. Si siento que me gusta hacer algo, debo hacerlo.
13. La gente sólo me prestará atención si actúo de manera extrema.
14. Los sentimientos y la intuición son mucho más importantes que el pensamiento y la planificación racionales.

*VIII. Trastornos **esquizoide** y **esquizotípico** de la personalidad*

1. No importa lo que otras personas piensen de mí.
2. Para mí es importante ser libre e independiente de los demás.

3. Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.
4. En muchas situaciones, estoy mucho mejor si me dejan solo.
5. En lo que decido hacer, los otros no influyen sobre mí.
6. Para mí no tiene importancia la intimidad con otras personas.
7. Yo establezco mis propias normas y metas.
8. Para mí la privacidad es mucho más importante que la relación con la gente.
9. No me importa lo que piensan otras personas.
10. Puedo manejar las cosas a mi manera, sin la ayuda de nadie.
11. Es preferible estar solo y no sentirse «pegado» a otras personas.
12. No debo confiar en los demás.
13. En la medida en que yo mismo no me comprometo, puedo usar a la gente para mis propios fines.
14. Las relaciones son complicadas y coartan la libertad.

*IX. Trastorno **paranoide** de la personalidad*

1. No puedo confiar en los demás.
2. La gente actúa por motivos ocultos.
3. Si no me mantengo alerta, tratarán de usarme o manipularme.
4. Tengo que estar constantemente en guardia.
5. No es seguro confiar en otras personas.
6. Si las personas actúan amistosamente, quizá traten de usarme o explotarme.
7. La gente se aprovechará de mí si le doy la oportunidad.
8. En su mayor parte, las otras personas son hostiles.
9. Tratarán deliberadamente de rebajarme.
10. A menudo la gente trata deliberadamente de molestarme.
11. Si llegan a pensar que pueden tratarme mal, tendré un problema grave.
12. Si descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.
13. A menudo la gente dice una cosa y quiere decir otra.
14. Una persona próxima a mí puede ser desleal o infiel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abend, S. M., Porder, M. S. y Willick, M. S.: *Borderline patients: Psychoanalytic perspectives*, Nueva York, International Universities Press, 1983.

Abraham, K.: «Contributions to the theory of the anal character», en *Selected papers of Karl Abraham*, (trad, de D. Bryan y A. Strachey), Nueva York, Basic Books, 1921/1953.
—— «The influence of oral eroticism on character formation», en *Selected papers of Karl Abraham* (trad, de D. Bryan y A. Strachey), Londres, Hogarth Press, 1924/1948.
—— «Manifestations of the female castration complex», en *Selected papers of Karl Abraham* (trad, de D. Bryan y A. Strachey), Londres, Hogarth Press, 1927/1948.

Adams, P.: *Obsessive children: A sociopsychiatric study*, Nueva York, Brunner/ Mazel, 1973.

Akhtar, S. y Thomson, J. A.: «Overview: Narcissistic personality disorder», *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), 12-20, 1982.

Allen, D. W.: «Basic treatment issues», en **M. Horowitz (comp.)**, *Hysterical personality*, Nueva York, Jason Aronson, 1977.

American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1.ª ed.), Washington, DC, APA, 1952.
—— *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2.ª ed.), Washington, DC, APA, 1968.
—— *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed.), Washington, DC, APA, 1980.
—— *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed. rev.), Washington, DC, APA, 1987.

Anderson R.: *Neuropsychiatry in World War II* (Vol. 1), Washington, DC, Office of the Surgeon General, Department of the Army, 1966.

Angyal, A.: *Neurosis and treatment: A holistic theory*, Nueva York, Viking Press, 1965.

Arieti, S.: *Interpretation of schizophrenia*, Nueva York, Robert Brunner, 1955.

Bach, S.: «On the narcissistic state of consciousness», *International Journal of Psycho-Analysis*, 58, 209-233, 1977.

Bandura, A.: *Social Learning theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977.

Barley, W.: «Behavioral and cognitive treatment of criminal and delinquent behavior», en **W. Reid, D. Dorr, J. Walker y J. Bonner (comps.)**: *Unmasking the psychopath*, Nueva York, Norton, 1986.

Baron, M.: *Schedule for Interviewing Borderlines*, Nueva York, New York State Psychiatric Institute, 1981.

Baron, M., Asnis, L. y Gruen, R.: «The Schedule of Schizotypal Personalities (SSP): A diagnostic interview for schizotypal features», *Psychiatry Research*, 4, 213-228, 1981.

Bartlett, F. C.: *Remembering*, Nueva York, Columbia University Press, 1932.

Barlett, F. C.: *Thinking: An experimental and social study*, Nueva York, Basic Books, 1958.

Baumbacher, G. y Amini, F.: «The hysterical personality disorder: A proposed clarification of a diagnostic dilemma», *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, 501-532, 1980-1981.

Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B. y Klerman, G. L.: «Children of parents with major affective disorder: A review», *American Journal of Psychiatry*, 140 (7), 825-832, 1983.

Beck, A. T.: «Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions», *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-444, 1963.
—— «Thinking and depression: II. Theory and therapy», *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571, 1964.
—— *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Nueva York, International Universities Press, 1976.
—— *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, Nueva York, Harper & Row (reeditado como Depression: Causes and treatment, Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1972), 1967.
—— «Cognitive therapy of depression: New perspectives», en **P. J. Clayton y J. E. Barrett (comps.)**: *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*, Nueva York, Raven Press, 1983.
—— «Cognitive therapy», en **J. K. Zeig (comp.)**: *The evolution of psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1987.
—— *I Love is never enough*, Nueva York, Harper & Row, 1988. Trad. cast.: *Con el amor no basta*, Barcelona, Paidós, 1990.
—— **y Emery, G., con Greenberg, R. L.**: *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Nueva York, Basic Books, 1985.
—— **A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G.**: *Cognitive therapy of depression*, Nueva York, Guilford Press, 1979.

Bell, M.: *Bell Object-Relations self-Report Scale*, West Haven, CT, Psychology Service, VA Medical Center, 1981.

Berne, E.: *Games people play*, Nueva York, B all ant ine, 1964.

Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D.: *Progressive relaxation training: A manual for the helping professionals*. Champaign, IL, Research Press, 1976.

Bird, J.: «The behavioural treatment of hysteria», *British Journal of Psychiatry*, 134, 129-137, 1979.

Birtchnell, J.: «Dependence and its relationship to depression», *British Journal of Medical Psychology*, 57, 215-225, 1984.

Blackburn, R. y Lee-Evans, J. M.: «Reactions of primary and secondary psychopathos to anger-evoking situations», British Journal of Clinical Psychology, 24, 93-100, 1985.

Blashfield, R. K. y Breen, M. J.: «Face validity of the DSM-III-R personality disorders», *American Journal of Psychiatry*, 146, 1575-1579, 1989.

Bleuer, E.: *Textbook of psychiatry* (trad, de A. Brill), Nueva York, Macmillan, 1924.

Bowlby, J.: *Attachment and loss*: Vol. 1, Attachment, Nueva York, Basic Books, 1969. Trad, cast.: *El vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
—— «The making and breaking of affectional bonds», *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210, 1977.

Breuer, J. y Freud, S.: «Studies on hysteria», en **J. Strachey (comp, y trad.)**, *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 2), Londres, Hogarth Press, 1893-1895/1955.

Burnham, D. L., Gladstone, A. I. y Gibson, R. W.: *Schizophrenia and the need-fear dilemma*, Nueva York, International Universities Press, 1969.

Burns, D.: *Feeling good*, Nueva York, Morrow, 1980. Trad, cast.: Sentirse bien, Buenos Aires, Paidós, 1990.

Bursten, B.: «Some narcissistic personality types», *International Journal of Psycho-Analysis*, 54, 287-300, 1973.

Buss, A. H.: «Personality: Primitive heritage and human distinctiveness», en **J. Aronoff, A. I. Robin y R. A. Zucker (comps.)**, *The emergence of personality*, Nueva York, Springer, 1987.

Buss, D. y Craik, K.: «The act frequency approach to personality», *Psychological Review*, 90, 105-126, 1983.

Cameron, N.: *Personality development and psychopathology: A dynamic approach*, Boston, Houghton Mifflin, 1963.
—— «Paranoid conditions and paranoia», en **S. Arieti y E. Brody (comps.)**, *American handbook of psychiatry*, Nueva York, Basic Books, 1974.

Caplan, P. y Hall-McCorquodale, I.: «Mother-blaming in major clinical journals»,

American Journal of Orthopsychiatry, 55 (3), 345-353, 1985.

Carr, A. T.: «Compulsive neurosis: A review of the literature», *Psychological Bulletin*, 81, 311-318, 1974.

Casey, P. R., Tryer, P. J. y Platt, S.: «The relationship between social functioning and psychiatric functioning in primary care», *Social Psychiatry*, 20(1), 5-9, 1985.

Chambless, D. L. y Renneberg, B.: *Personality disorders of agoraphobics, trabajo presentado en el World Congress on Behaviour Therapy*, Edimburgo, Escocia, septiembre de 1988.

Chatham, P. M.: *Treatment of the borderline personality*, Nueva York, Jason Aronson, 1985.

Chick, J., Waterhouse, L. y Wolff, S.: «Psychological construing in schizoid children grown-up», *Annual Progress in Child Psychiatry and Development*, 386-395, 1980.

Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W. y Gilmore, M.: «Prototypic typology and the borderline personality disorder», *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 263-275, 1983.

Cleckley, H.: *The mask of sanity* (5.ª ed.), St. Louis, Mosby, 1976.

Clifford, C. A., Murray, R. M. y Fulker, D. W.: «Genetic and environmental influences of obsessional trains and symptoms», *Psychological Medicine*, 14, 791-800, 1980.

Coché, E.: «Problem solving training: A group cognitive therapy modality», en A. Freeman y V. Greenwood (comps.), Cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings, Nueva York, Human Sciences Press, 1987.

Colby, K. M.: «Modeling a paranoid mind», *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-560, 1981.

Colby, K. M., Faught, W. S. y Parkinson, R. C.: «Cognitive therapy of paranoid conditions: Heuristic suggestions based on a computer simulation model», *Cognitive Therapy and Research*, 3, 5-60, 1979.

Cupoldi, J., Hallock, J. y Barnes, L.: «Failure to thrive», *Current Problems in Pediatrics*, 10, 1-43, 1980.

Curran, J. P.: «Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: A review», *Psychological Bulletin*, 84, 140-157, 1977.

Daltito, J. A. y Perugi, G.: «A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI», *Comprehensive Psychiatry*, 27 (3), 255-258, 1988.

Deffenbacher, J. L., Storey, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A. y Brandon, A. D.:

«Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger», *Journal of Counseling Psychology*, 34 (2), 171-176, 1987.

Deutsch, H.: «Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia», *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321, 1942.

DiGiuseppe, R.: «Rational emotive therapy and conduct disorders», en **A. Ellis y M. E. Bernard (comps.)**, *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*, Nueva York, Plenum, 1983.
—— «The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy», *Psychotherapy*, 23 (4), 634-639, 1986.
—— «Cognitive therapy with children», en **A. Freeman, K. M. Simon, L. Beutler y H. Arkowitz (comps.)**: *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum Press, 1989.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R.: «Problem solving and behavior modification», *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126, 1971.

Easser, B. R. y Lesser, S. R.: «Hysterical personality: A réévaluation», *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390-415, 1965.

Edell, W. S.: «The borderline Syndrome Index: Clinical validity and utility», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 254-263, 1984.

Eisely, L.: *Darwin's century*, Garden City, NY, Doubleday/Anchor, 1961.

Ellis, A.: «Rational psychotherapy and individual psychology», *Journal of Individual Psychology*, 13 (1), 38-44, 1957a.
—— «Outcome of employing three techniques of psychotherapy», *Journal of Clinical Psychology*, 13 (4), 344-350, 1957b.
—— «Rational psychotherapy», *Journal of General Psychology*, 59,35-49, 1958.
—— *Reason and emotion in psychotherapy*, Nueva York, Lyle Stuart, 1962.
—— *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*, Nueva York, Springer, 1985.

Ellis, H.: «Auto-eroticism: A psychological study», *Alienist and Neurologist*, 19, 260-299, 1898.

Erikson, E.: *Childhood and society*, Nueva York, Norton, 1950. Trad, cast.: *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Hormé, 1959.

Esman, A. H.: «Dependent and passive-aggressive personality disorders», en **A. M. Cooper, A. J. Frances y M. H. Sacks (comps.)**, *The personality disorders and neuroses*, Nueva York, Basic Books, 1986.

Fabrega, H., Mezzich, J. E., Mezzich, A. C. y Coffman, G. A.: «Descriptive validity of DSM-III depressions», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (10), 573-584, 1986.

Fagan, T. y Lira, F.: «The primary and secondary sociopathic personality: Differences in frequency and severity of antisocial behaviors», *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (3), 493-496, 1980.

Fairbairn, W. R. D.: «Schizoid factors in the personality», en Psychoanalytic studies of the personality, Londres, Tavistock, 1940. Trad, cast.: Estudio psicoanalítica de la personalidad, Buenos Aires, Hormé, 1962.

Fenichel, O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*, Nueva York, Norton, 1945. Trad, cast.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.

Fleming, B.: *Cognitive therapy with histrionic patients: Resolving a conflict in styles*, trabajo presentado en la reunión de la American Psychological Association, Anaheim, CA, agosto 1983.
—— *Dependent personality disorder: Managing the transition from dependence to autonomy*, trabajo presentado en la reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, TX, noviembre 1985.
—— «Cognitive therapy with histrionic personality disorder: Resolving a conflict of styles», *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 4-12, 1988.
—— **y Pretzer, J.**: «Cognitive-behavioral approaches to personality disorders», en **M. Hersen (comp.)**, *Advances in behavior therapy*, Newbury Park, CA, Sage (en prensa).

Foon, A. E.: «The effcct of social class and cognitive orientation on clinical expectations», *British Jour nal of Medical Psychology*, 58 (4), 357-364,1985.

Frances, A.: *DSM-III personality disorders*, Nueva York, BMA Audio Cassettes, 1985.
—— *DSM-III personality disorders: Diagnosis and treatment*, Nueva York, BMA Audio Cassettes, 1987.
—— «Dependency and attachment», *Journal of Personality Disorders*, 2, 125, 1988.

Frances A., Clarkin, J. F., Gilmore, M., Hurt, I. y Brown, I.: «Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-II and the Diagnostic Interview for Borderlines», *American Journal of Psychiatry*, 141, 1080-1084, 1984.
—— **y Nemiah, J. C.**: «Treatment planning: Which psychodynamic therapy for a painfully shy patient?», *Hospital and Community Psychiatry*, 34 (12), 1111-1112, 1117, 1983.

Frank, J. D.: *Persuasion and healing* (2.ª ed.), Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1973.

Frazee, H. E.: «Children who later become schizophrenic», *Smith College Studies in Social Work*, 23, 125-149, 1953.

Freeman, A.: «Understanding personal, cultural, and family schema in psychotherapy», en **A. Freeman, N. Epstein y K. Simon (comps.)**, *Depression in the family*, Nueva York, Haworth Press, 1986.
—— «Cognitive therapy: An overview», en **A. Freeman y V. Greenwood (comps.)**, *Cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings*, Nueva York, Human Sciences Press, 1987a.
—— «Understanding personal, cultural, and religious schema in psychotherapy», en **A. Freeman, N. Epstein y K. Simon (comps.)**, *Depression in the family*, Nueva York, Haworth Press, 1987b.
—— «Cognitive therapy of personality disorders», en **C. Perris, I. Blackburn y H. Perris (comps.)**, *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*, Nueva York, Springer Verlag, 1988a.
—— «Cognitive therapy of personality disorders», en **C. Perris y M. Eisemann (comps.)**, *Cognitive psychotherapy: An update*, Umeá, Suecia, DOPUU Press, 1988b.
—— **y Leaf, R.**: «Cognitive therapy of personality disorders», en **A. Freeman, K. Simon, L. Beutler y H. Arkowitz (comps.)**: *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum, 1989.
—— **Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K.**: *Clinical applications of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum Press, 1990.
—— **y Simon, K. M.**: «Cognitive therapy of anxiety», en **A. Freeman, K. Simon, L. Beutler y H. Arkowitz (comps.)**, *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, Nueva York, Plenum, 1989.

Freud, S.: «Three essays on the theory of sexuality», en **J. Strachey (comp, y trad.)** *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol 7), Londres, Hogarth Press, 1905/1953.
—— «Character and anal eroticism», en **P. Reiff (comp.)**, *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 10), Nueva York, Collier, 1908/1963.
—— «Notes upon a case of obsessional neurosis», en **J. Strachey (comp. y trad.)**: *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 10), Londres, Hogarth Press, 1909/1955.
—— «On narcissism: An introduction», en **J. Strachey (comp, y trad.)**: *Complete psychological works of Sigmund Freud* (Standard Ed., Vol. 14), Londres, Hogarth Press, 1914/1957.

Gagan, R., Cupoldi, J. y Watkins, A.: «The families of children who fail to thrive: Preliminary investigations of parental deprivation among organic and nonorganic cases», *Child Abuse and Neglect*, 8, 93-103, 1984.

Gilbert, P.: *Human nature and suffering*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1989.

Giles, T. R., Young, R. R. y Young, D. E.: «Behavioral treatment of severe bulimia», *Behavior Therapy*, 16, 393-405, 1985.

Gilligan, C.: *In a differente voice*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1982.

Gilson, M. L.: *Depression as measured by perceptual bias in binocular rivalry*, Ann Arbor, University Microfilms Nº AAD83-27351, 1983.

Gittelman-Klein, R. y Klein, D.: «Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia», *Journal of Psychiatric Research*, 7, 35-53, 1969.

Goldfried, M. y Newman, C.: «Psychotherapy integration: An historical perspective», en **J. C. Norcross (comp.)**: *Handbook of eclectic psychotherapy*, Nueva York, Brunner / Mazel, 1986.

Goldstein, A. P., Martens, J., Hubben, J., Van Belle, H. A., Schaaf, W., Wirsma, H. y Goedhart, A.: «The use of modeling to increase independent behaviour», *Behaviour Research and Therapy*, 11, 31-42, 1973.

Goldstein, W.: An introduction to the borderline conditions, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1985.

Greenberg, D y Stravynski, A.: «Patients who complain of social dysfunction: I. Clinical and demographic features», *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 206-211, 1985.

Greenberg, R. P. y Bornstein, R. F.: «The dependent personality: I. Risk for physical disorders», *Journal of Personality Disorders*, 2, 126-135, 1988a.
—— «The dependent personality: II. Risk for psychological disorders», *Journal of Personality Disorders*, 2, 136-143, 1988b.
—— **y Dattore, P. J.**: «The relationship between dependency and development of cancer», *Psychosomatic Medicine*, 43, 35-43, 1981.

Guidano, V. F. y Liotti, G.: *Cognitive processes and emotional disorders*, Nueva York, Guilford Press, 1983.

Gunderson, J. G.: *Borderline personality disorders*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984.

Gunderson, J. G. y Singer, M. T.: «Defining borderline patients: An overview», *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-9, 1975.

Guntrip, H.: *Schizoid phenomena, object relations, and the self*, Nueva York, International Universities Press, 1969.

Hales, R. E., Polly, S., Bridenbaugh, H. y Orman, D.: «Psychiatric consultations in a military general hospital. A report on 1065 cases», *General Hospital Psychiatry*, 8 (3), 173-182, 1986.

Hamilton, M. A.: «Development of a rating scale for primary depressive illness», *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296, 1967.

Hare, R.: «Comparison of procedures for the assessment of psychopath», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7-16, 1985a.
—— «A checklist for the assessment of psychopathy», en **M. H. Ben, Aron, S. J. Hucker y C. Webster (comps.)**, *Clinical criminology*, Toronto, M. & M. Graphics, 1985b.
—— «Twenty years of experience with the Cleckley psychopath», en **W. Reid, D. Dorr, J. Walker y J. Bonner (comps.)**: *Unmasking the psychopath*, Nueva York, Norton, 1986.

Harlow, H.: «Love in infant monkeys», *Scientific American*, 200, 68-86, 1959.

Harris, G. A. y Watkins, D: *Counseling the involuntary and resistant client*, College Park, MD, American Correctional Association, 1987.

Henn, F. A., Herjanic, M. y VanderPearl, R. H.: «Forensic Psychiatry: Diagnosis and criminal responsibility», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162 (6), 423-429, 1976.

Hill, A. B.: «Methodological problems in the use of factor analysis: A critical review of experimental evidence for the anal character», *British Journal of Medical Psychology*, 49, 145-159, 1976.

Hill, D. C.: «Outpatient management of passive-dependent women», *Hospital and Community Psychiatry*, 21, 38-41, 1970.

Hinkle, L. E.: «Ecological observations on the relation of physical illness, mental illness, and the social environment», *Psychosomatic Medicine*, 23, 289-296, 1961.

Hoch, A.: «A study of the mental make-up in the functional psychoses», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 36, 230-236, 1909.

Hoch, P. y Polatin, P.: «Pseudoneurotic forms of schizophrenia», *Psychiatric Quarterly*, 23, 248-276, 1939.

Hogan, R.: «Personality psychology: Back to basics», en **J. Aronoff, A. I. Robin y R. A. Zucker (comps.)**, *The emergence of personality*, Nueva York: Springer, 1987.

Hollon, S. D., Kendall, P. C. y Lumry, A.: «Specificity of depressogenic cognitions in clinical depression», *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 52-59, 1986.

Horney, K.: *Our inner conflicts*, Nueva York, Norton, 1945.
—— *Neurosis and human growth*, Nueva York, Norton, 1950.

Horowitz, M.: «Sliding meanings: A defense against threat in narcissistic personalities», *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 167-180, 1975.
—— *Hysterical personality*, Nueva York, Jason Aronson, 1977.
—— *States of mind*, Nueva York, Plenum, 1979.

Hurt, S. W., Hyler, S. E., Frances, A., Clarkin, J. F. y Brent, R.: «Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview», *American Journal of Psychiatry*, 141,1228-1231, 1984.

Ingram, R. E. y Hollon, S. D.: «Cognitive therapy for depression from an information processing perspective», en **R. E. Ingram (comp.)**, *Information processing approaches to clinical psychology*, Nueva York, Academic Press, 1986.

Jones, E.: «Anal erotic character traits», en *Papers on psychoanalysis*, Boston, Beacon Press, 1918/1961.
—— *Papers on psychoanalysis*, Boston, Beacon Press, 1948/1967.

Jones, R. A.: *Self-fulfilling prophecies: Social, psychological, and physiological effects of expectancies*, Hillside, NJ, Erlbaum, 1977.

Juni, S. y Semel, S. R.: «Person perception as a function of orality and anality», *Journal of Social Psychology*, 118, 99-103, 1982.

Kagan, J.: «Temperamental contributions to social behavior», *American Psychologist*, 44 (4), 668-674, 1989.

Kagan, R.: «The child behind the mask: Sociopathy as a developmental delay», en **W. Reid, D. Dorr, J. Walker y J. Bonner (comps.)**, *Unmasking the psychopath*, Nueva York, Norton, 1986.

Karno, M., Hough, R. L., Burnam, M. A., Escobar, J. I., Timbers, D. M., Santana, F. y Boyd, J. H.: «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles», *Archives of General Psychiatry*, 44 (8), 695-701, 1986.

Kass, D. J., Silvers, F. M. y Abrams, G. M: «Behavioral group treatment of hysteria», *Archives of General Psychiatry*, 26, 42-50, 1972.

Kelly, G.: *The psychology of personal constructs*, Nueva York, Norton, 1955. Kendler, K. S. y Gruenberg, A. M.: «Genetic relationship between paranoid personality disorder and the schizophrenic spectrum disorders», American Journal of Psychiatry, 139, 1185-1186, 1982.

Kendler, B. S., Gruenberg, A. M. y Strauss, J. S.: «An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenics: II. The relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 38, 982-984, 1981.

Kernberg, O. F.: «Borderline personality organization», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685, 1967.
—— «Factors in the treatment of narcissistic personality disorder», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-58, 1970.
—— *Borderline conditions and pathological narcissism*, Nueva York, Jason

Aronson, 1975. Trad, cast.: *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
—— «Structural change and its impediments», en **P. Hartocollis (comp.)**, *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*, Nueva York, International Universities Press, 1977.
—— *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*, New Haven, Yale University Press, 1984.

Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. y Schulsinger, F.: «The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics», en **D. Rosenthal y S. S. Kety (comps.)**: *The transmission of schizophrenia*, Oxford, Pergamon Press, 1968.
—— «Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics», *American Journal of Psychiatry*, 128, 302-306, 1971.

Clein, M.: «Notes on some schizoid mechanisms», en **M. Klein, P. Heinmann, S. Isaacs y J. Riviere (comps.)**: *Developments in psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press, 1952. Trad, cast.: «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides». En *Obras Completas*, Vol. 3. Buenos. Aires, Paidós, 1987.

Cnight, R.: «Borderlines states», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12, 1953.

Cochen, M.: «On the generality of PARRY, Colby's paranoia model», *The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 540-541, 1981.

Coenigsberg, H., Kaplan, R., Gilmore, M. y Cooper A.: «The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2462 patients», *American Journal of Psychiatry*, 142, 207-212, 1985.

Cohlberg, L.: *The psychology of moral development*, Nueva York, Harper & Row, 1984.

Cohut, H.: «Forms and transformations of narcissism», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 243-272, 1966.
—— *The analysis of the self*, Nueva York, International Universities Press, 1971.

Colb, J. E. y Gunderson, J. G.: «Diagnosing borderline patients with a semistructured interview», *Archives of General Psychiatry*, 37, 37-41, 1980.

Colb, L. C.: *Modern clinical psychiatry* (7.ª ed.), Filadelfia, W. B. Saunders, 1968.

Craepelin, E.: *Psychiatrie: Ein lehrbuch* (8.ª ed., Vol. 3), Leipzig, Barth, 1913.

Cretschmer, E.: *Physique and character*, Nueva York, Harcourt, Brace, 1925.

Landau, R. J. y Goldfried, M. R.: «The assessment of schemata: A unifying framework for cognitive behavioral, and traditional assessment», en **P. C. Kendall y S. D. Hollon (comps.)**, *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*,

Nueva York, Academic Press, 1981.

Lange, A. J. y Jakubowski, P.: *Responsible assertive behavior: Cognitive-behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL, Research Press, 1976.

Lazare, A., Lerman, G. L. y Armor, D. J.: «Oral, obsessive, and hysterical personality patterns», *Archives of General Psychiatry*, 14, 624-630, 1966.
—— «Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: Replication of factor analysis in an independent sample», *Journal of Psychiatric Research*, 7, 275-290, 1970.

Leibenhuft, E., Gardner, D. L. y Cowdry, R. W.: «The inner experience of the borderline self-mutilator», *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324, 1987.

Leitenberg, H., Yost, L. W. y Carroll-Wilson, M.: «Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparison between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 528-536, 1986.

Levy, D.: *Maternal overprotection*, Nueva York, Norton, 1966.

Like, R. y Zyzanski, S. J.: «Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants», *Social Science in Medicine*, 24(4), 351-357,1987.

Lilienfeld, S., Van Valkenvurg, C., Larntz, K. y Akiskal, H.: «The relationships of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders», *American Journal of Psichiatry*, 143(6), 718-721, 1986.

Linehan, M. M.: «Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems», en **P. C. Kendall y S. D. Hollon (comps.)**, *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*, Nueva York, Academic Press, 1979.
—— «A social-behavioral analysis of suicide and parasuicides: Implications for clinical assessment and treatment», en **H. Glazer y Clarkin (comps.)**, *Depression: Behavioral and directive intervention strategies*, Nueva York, Brunner / Mazel, 1981.
—— «Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide», *Journal of Personality Disorders*. 1, 328-333, 1987a.
—— «Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276, 1987b.
—— «Dialectical behavior therapy in groups: Treating borderline personality disorders and suicidal behavior», en **C. M. Brody (comp)**, *Women in groups*. Nueva York, Springer, 1987c.
—— **Armstrong, H. E., Alimón, D. J., Suarez, A. y Miller, M. L.**: *Comprehensive behavioral treatment for suicidal behaviors and borderline personality disorder: II. Treatment retention and one year follow-up of patient use of medical and psychological resources*. Manuscrito inédito. University of Washington, Department

of Psychology, Seattle, WA, 1988.
—— **Armstrong, H. E., Suarez, A. y Alimón, D. J.**: *Comprehensive behavioral treatment for suicidal behaviors and borderline personality disorder: 1. Outcome*. Manuscrito inédito, University of Washington, Department of Psychology, Seattle, WA, 1988.

Lion, J. R. (comp.): *Personality disorders: Diagnosis and management*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.

Livesley, W. J.: «Trait and behavioral prototypes of personality disorder», *American Journal of Psychiatry*, 143(6), 728-732, 1986.

Longabaugh, R. y Eldred, S. H.: «Premorbid adjustments, schizoid personality and onset of illness as predictors of post-hospitalization functioning», *Journal of Psychiatric Research*, 10, 19-29, 1973.

Lorenger, A., Sussman, V., Oldham, J. y Russakoff, L. M.: *Personality Disorder Examination*. Manuscrito inédito, 1988.

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. y Auerbach, A.: «Therapist success and its determinants», *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611, 1985.

Lykken, D.: «A study of anxiety in the sociopathic personality», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 6-10, 1957.

MacKinnon, R. A. y Michaels, R.: «The psychiatric interview in clinical practice». Filadelfia: W. B. Saunders, 1971.

MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P.: «Attention bias in emotional disorders», *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20, 1986.

Mahoney, M.: «Behaviorism, cognitivism, and human change processes», en **M. A. Reda y M. Mahoney (comps.)**: *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice*. Cambridge, MS, Ballinger, 1980.

Malinow, K. L.: «Passive-aggresive personality», en **J. R. Lion (comp.)**, *Personality disorders: Diagnosis and management*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.

Malmquist, C. P.: «Hysteria in childhood», *Postgraduate Medicine*, 50, 112-117, 1971.

Marmor, J.: «Orality in the hysterical personality». Journal of the American Psychoanalytic Association, 1, 656-671, 1953.

Marshall, W. L. y Barbaree, H. E.: «Disorders of personality, impulse, and adjustment», en **S. M. Turner y M. Hersen (comps.)**: *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York, Wiley, 1984.

Martin, J., Martin W. y Slemon, A. G.: «Cognitive mediation in person-centered and rational-emotive therapy», *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 251-260, 1987.

Masterson, J. F.: *New perspectives on psychotherapy of the borderline adult*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1978.
—— *From borderline adolescent to functioning adult: The test of time*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1980.
—— *Borderline and narcissistic disorders: An integrated developmental approach*. Taller realizado en la Adelphi University, Garden City, NY, (1982, abril 17).
—— *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1985.

Mathews, A. y MacLeod, C.: «Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states», *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 131-138, 1986.

Mavissakalian, M. y Hamman, M. S.: «DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment», *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356-361, 1987.

Mays, D. T.: «Behavior therapy with borderline personality disorder: One clinician's perspective», en **D. T. Mays y C. M. Franks (comps.)**: *Negative outcome in psychopathology and what to do about it*. Nueva York: Springer, 1985.

McCord, W. y McCord, J.: *The psychopath: An essay on the criminal mind*. Princeton, NJ, Van Nostrand, 1964.

McDougall, W.: *An introduction to social psychocology* (14.ª ed.). Boston: John W. Luce, 1921.

McFall, M. E. y Wollersheim, J. P.: «Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment», *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348, 1979.

McGlashan, T.: *The borderline: Current empirical research*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985.

Meehl, P. E.: «Schizotaxia, schizotypy, shizophrenia», *American Psychologist*, 17, 827-838, 1962.

Meichenbaum, D.: *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York, Plenum, 1977.

Mellsop, G. W.: «Psychiatric patients seen as children and adults: Childhood predictors of adult illness», *Journal of Child Psychological Psychiatry*, /5,91-101, 1972.

Mellsop, G. W.: «Adult psychiatric patients on whom information during childhood

is missing», *British Journal of Psychiatry*, 123, 703-710, 1973.

Mellsop, G. W., Varghese, F., Joshua, A. y Hicks, A.: «The reliability of axis II of DSM-IH», *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1360-1361, 1982.

Millón, T.: *Modern psychopathology: A bisocial approach to maladaptive learning and functioning*. Filadelfia, W. B. Saunders, 1969.
—— *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York, Wiley, 1981.
—— *Millón Clinical Multi-Axial Inventory*. Minneapolis, National Computer Systems, 1983.
—— *Millón Clinical Multi-Axial Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems, 1987a.
—— «On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis», *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372, 1987b.
—— **y Everly, G.**: *Personality and its disorders*. Nueva York, Wiley, 1985.

Modell, A.: «The holding environment and the therapeutic action of psychoanalysis», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 255-307, 1976.

Moore, H. A., Zusman, J. y Root, G. C.: «Noninstitutional treatment for sex offenders in Florida», *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 964-967, 1984.

Morris, D. P., Soroker, E. y Burrus, G.: «Follow-up studies of shy, withdrawn children: I. Evaluation of later adjustment», *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 743-754, 1954.

Morrison, L. A. y Shapiro, D. A.: «Expectancy and outcome in prescriptive vs. exploratory psychotherapy», *British Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 59-60, 1987.

Nannarello, J. J.: «Schizoid», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 118, 237-249, 1953.

Neisser, U.: *Cognition and reality*. San Francisco, W. H. Freeman & Co, 1976.

Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (comps.): *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, IL, Research Press, 1989.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O. y Gallangher, K. M.: «Clinical psychologists in the 1980's: II Theory, research, and practice», *The Clinical Psychologist*, 42(3), 45-53, 1989.

Nurnburg, H. G., Hurt, S. W., Feldman, A. y Suh, R.: «Efficient diagnosis of borderline personality disorder», *Journal of Personality Disorders*, 1, 307-315, 1987.

Oackly. M. E. y Padesky C. A. (en prensa): «Cognitive Therapy for Society Disorders», en **R. M. Eisler y M. Hersen (comps.)**: *Progress in behavior modification*. Newbury Park, CA, Sage.

Oates, R., Peacock, A. y Forest, D.: «Long-term effects of nonorganic failure to thrive», *Pediatrics*, 75(1), 36-40, 1985.

Overolser, J. C.: «Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 17, 250-269, 1987.

Overolser, J. C., Kabakoff, R. y Norman, W. H.: «Personality characteristics in depressed and dependent psychiatric inpatients», *Journal of Personality Assessment*, 53, 40-50, 1989.

Padesky, C. A. y Beck, J. S.: «Cognitive therapy treatment for avoidant personality disorders», en **C. Perris y M. Eisemann (comps.)**: *Cognitive psychotherapy: An update*. Umeá, Suecia, DOPUU Press, 1988.

Pery, J. y Klerman, G: «Clinical features of borderline personality disorder», *American Journal of Psychiatry*, 137, 165-173, 1980.

Perry J. C. y Flannery, R. B.: «Passive-aggressive personality disorder: Treatment implications of a clinical typology», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 164-173, 1982.

Person, E.: «Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths», en **W. Reid, D. Dorr, J. Walker y J. Bonner (comps.)**: *Unmasking the psychopath*, Nueva York, Norton, 1986.

Piaget, J.: *The language and thought of the child*, Nueva York, Harcourt, Brace, 1926.
—— *The origin of intelligence in children*, Nueva York, International Universities Press, 1936/1952.
—— *The child's conception of time*, Nueva York, Basic Books, 1970.
—— *Experiments in contradiction*, Chicago, University of Chicago Press, 1974.
—— *The grasp of consciousness*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1976.
—— *Success and understanding*, Cambridge, Harvard University Press, 1978.

Pilkonis, P.A.: «Avoidant and schizoid personality disorders», en **H. E. Adams y P. B. Sutker (comps.)**: *Comprehensive handbook of psychopathology*, Nueva York, Plenum Press, 1984.

Pilkonis, P.: «Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy», *Journal of Personality Disorders*, 2,144-152, 1988.

Pollack, J. M.: «Obsessive-compulsive personality: A review», *Psychological Bulletin*, 86, 225-241, 1979.

Pretzer, J. L.: *Borderline personality disorder: Too complex for cognitive-behavioral approaches*? Trabajo presentado en la reunión de la American Psychological Association, Anaheim, CA, (ERIC Document Reproduction Servica Nº Ed. 243 007),

1983, agosto.
—— *Paranoid personality disorder: A cognitive view*. Trabajo presentado en la reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, TX, 1985, noviembre.
—— «Paranoid personality disorder: A cognitive view», *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4(4), 10-12, 1988.

Pretzer, J. L. Beck, A. T. y Newman, C. F. (en prensa): «Stress and stress management: A cognitive view», *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
—— **y Fleming, B.**: «Cognitive-behavioral treatment of personality disorders», *The Behavior Therapist*, 12, 105-109, 1989.

Provence, S. y Lipton, R.: *Infants in institutions*. Nueva York, International Universities Press, 1962.

Quay, H. C.: «Psychopathic personality as pathological stimulation seeking», *American Journal of Psychiatry*, 122, 180-183, 1965.

Quay, H. C., Routh, D. K. y Shapiro, S. K.: «Psychopathology of childhood: From description to validation», *Annual Review of Psychology*, 38, 491-532, 1987.

Rabins, P. V. y Slavney, P. R.: «Hysterical traits and variability of mood in normal men», *Psychological Medicine*, 9, 301-304, 1979.

Rado, S.: «Dynamics and classification of disordered behavior», en *Psychoanalysis of behavior*. Nueva York, Grune A Stratton, 1953.

Raskin, R. y Novacek, J.: «An MMPI description of the narcissistic personality», *Journal or Personality Assessment*, 53, 66-80,1989.

Rasmussen, S. y Tsuang, M.: «Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder», *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322, 1986.

Rehm, L.: «A self-control model of depression», *Behavior Therapy*, 8, 787-804, 1977.

Reich, J. H.: «Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders», *Journal of Personality Disorders*, 1, 220-240, 1987.
—— **y Noyes, R.**: «A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients», *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 123-131, 1987.
—— **Noyes, R. y Troughton, E.**: «Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder», *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326, 1987.

Reich, W. H.: *Character analysis* (3.ª ed. ampliada), Nueva York, Simon & Schuster, 1945.

—— **(comp**.): *The treatment of the antisocial syndromes*. Nueva York, Van Nostrand, 1981.

Reider, R. O.: «Borderline schizophrenia: Evidence of its validity», *Schizophrenia Bulletin*, 5, 39-46, 1979.

Robins, L: *Deviant children grown up*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1966.

Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke J. y Regier, D.: «Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites», *Archives of General Psychiatry*. 41, 949-958, 1984.

Roff, J. D., Knight, R. y Wertheim E.: «A factor analytic study of childhood symptoms antecedent to schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 543-549, 1976.

Rosenthal, D., Wender, P. H., Ketty, S. S., Weiner, J. y Schulsinger, F.: «The adopted away offspring of schizophrenics», *American Journal of Psychiatry*, 128, 307-311, 1971.

Rush, A. J. y Shaw, B. F.: «Failure in treating depression by cognitive therapy», en **E. B. Foa y P. G. M. Emmelkamp (comps.)**: *Failures in behavior therapy*, Nueva York, Wiley, 1983.

Salzman, L.: *The obsessive personality*, Nueva York, Jason Aronson, 1973.

Saul, L. J. y Warner, S. L.: *The psychotic personality*, Nueva York, Van Nostrand, 1982.

Scarr, S.: «Personality and experience: Individual encounters with the world», en **J. Aronoff, A. I. Robin y R. A. Zucker (comps.)**, *The emergence of personality*, Nueva York, Springer, 1987.

Schank, R. C. y Abelson, R. P.: *Scripts, plans, goals, and understanding*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1977.

Shapiro, D.: *Neurotic styles*, Nueva York, Basic Books, 1975.
—— *Autonomy and rigid character*, Nueva York, Basic Books, 1981.

Shelton, J. L. y Levy, R. L.: *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL, Research Press, 1981.

Siever, L. J.: «Schizoid and schizotypal personality disorders», en **J. R. Lion (comp.)**: *Personality disorders: Diganosis and management*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1981.

Siever, L. J. y Gunderson, J. G.: «The search for a schizotypal personality: Historical origins and current status», *Comprehensive Psychiatry*, 24, 199-212, 1983.

Simon, K. M.: «Cognitive therapy with compulsive patients: Replacing rigidity with

structure». Trabajo presentado en la reunión de la American Psychological Association, Anaheim, CA, 1983, agosto.
—— «Cognitive therapy of the passive-aggressive personality». Trabajo presentado en la reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston, IX, 1985, noviembre.

Slavney, P. R.: «The diagnosis of hysterical personality disorder: A study of attitudes», *Comprehensive Psychiatry*, 19, 501-507, 1978.
—— «Histrionic personality and antisocial personality: Caricatures of stereotypes?», *Comprehensive Psychiatry*, 25, 129-141, 1984.
—— **Breitner, J. C. S. y Rabins, P. V.**: «Variability of mood and hysterical traits in normal women», *Journal of Psychiatric Research*, 13, 155-160, 1977.
—— **y McHugh, P. R.**: «The hysterical personality», *Archives of General Psychiatry*, 30, 325-332, 1974.
—— **y Rich, O.**: «Variability of mood and the diagnosis of hysterical personality disorder», *British Journal of Psychiatry*, 136, 402-404, 1980.

Small, I. F., Small J. G., Alig, V. B. y Moore D. F.: «Passive-aggressive personality disorder: A search for a syndrome», *American Journal of Psychiatry*, 726, 973-983, 1970.

Smith, D.: «Trends in counseling and psychotherapy». American Psychologist, 37(7), 802-809, 1982.

Smokier, I. A. y Shevrin, H.: «Cerebral lateralization and personality style», *Archives of General Psychiatry*, 36, 949-954, 1979.

Spitzer, R. L.: «Memorandum to members of the advisory committee on personality disorders», American Psychiatric Association, 1977, septiembre de 20.

Spitzer, R. L., Endicott, J. y Gibbon, M.: «Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria», *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24, 1979.

Spitzer, R. L., Forman, J. y Nee, J.: «DSM-III field trials: 1. Initial interrater diagnostic reliability», *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817, 1979.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M.: *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID)*, Nueva York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1987.

Spivack, G. y Shure, M. B.: *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco, Jossey-Bass, 1974.

Standage, K., Bilsbury, C., Jain, S. y Smith, D: «An investigation of role-taking in histrionic personalities», *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 407-411, 1984.

Stangl, D., Pfohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. y Corenthal, C.: «A structured

interview for the DSM-III personality disorders: A preliminary report», *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596, 1985.

Stephens, D. A., Atkinson, M. W., Kay, E. W. y Garside, R. F.: «Psychiatric morbidity in parents and sibs of schizophrenics and nonschizophrenics», *British Journal of Psychiatry*, 127, 97-108, 1975.

Stephens, J. H. y Parks, S. L.: «Behavior therapy of personality disorders», en **J. R. Lion (comp.)**: *Personality disorders: Diagnosis and management* (2.ª ed.), Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.

Stone, M. H.: «Negative outcome in borderline states», en **D. T. Mays y C. M. Franks (comps.)**, *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*, Nueva York, Springer, 1985.

Stravynski, A., Marks, I. y Yule, W.: «Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification», *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385, 1982.

Sullivan, H. S.: *Clinical studies in psychiatry*, Nueva York, Norton, 1956.

Svrakic, D.: *Emotional features of narcissitic personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 142(6), 720-724, 1985.

Tomeshok, K. y Heller, B.: «Hysteria», en **R. J. Daitzman (comp.)**: *Diagnosis and intervention in behavior therapy and behavioral medicine*, Nueva York: Springer, 1983.

Templeton, T. y Wollersheim, J.: «A cognitive-behavioral approach to the treatment of psychopathy», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(2), 132-139, 1979.

Thompson-Pope, S. K. y Turkat, I. D. (en prensa): «Reactions to ambiguous stimuli among paranoid personalities», *Journal of Psyochopathology and Behavioral Assessment*.

Torgersen, S.: «The oral, obsessive and hysterical personality syndromes», *Archives of General Psychiatry*, 37, 1272-1277, 1980.

Turkat, I. D.: «Formulation of paranoid personality disorder», en I. D. Turkat (comp.), Behavioral case formulation. Nueva York, Plenum, 1985.

—— «The behavioral interview», en A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (comps.), *Handbook of behavioral assessment* (2.ª ed.), Nueva York, Wiley, 1986.

—— «The initial clinical hypothesis», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 349-356, 1987.

—— **y Banks, D. S.**: «Paranoid personality and its disorder», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 295-304, 1987.

—— **y Carlson C. R.**: «Data-based versus symptomatic formulation of treatment:

The case of a dependent personality», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 153-160, 1984.
—— **y Levin, R. A.**: «Formulation of personality disorders», en **H. E. Adams y P. B. Sutker (comps.)**, *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York, Plenum Press, 1984.
—— **y Maisto, S. A.**: «Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders», en **D. H. Barlow (comp.)**, *Clinical handbook of psychological disorders*, Nueva York, Guilford Press, 1985.

Turner, S. M.: «The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction», *Journal of Personality Disorders*, 7, 136-143, 1987.
—— **Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J.**: «Psychopathology of social phobia and comparison», *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 389-394, 1986.

United States Joint Armed Services: *Nomenclature and methods of recording mental conditions*, Washington, DC: US Joint Armed Services, 1949.

Vaillant, G.: «Natural history of male psychological health: IV. What kinds of men do no get psychosomatic illness?», *Psychosomatic Medicine*, 40, 420-431, 1978.
—— **y Drake, R**: «Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder», *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601, 1985.

Vieth, I.: «Four thousand years of hysteria», en **M. Horowitz (comps.)**, *Hysterical personality*, Nueva York, Jason Aronson, 1977.

Volkan, V.: *Linking objects and linking phenomena: A study of the forms, symptoms, metapsychology, and therapy of complicated mourning*, Nueva York, International Universities Press, 1981.

Wachtel, P. L. (comp.): *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, Nueva York, Plenum Press, 1982.

Waelder, R.: «The psychoses, their mechanisms, and accessibility to influence», *International Journal of Psycho-Analysis*, 6, 259-281, 1925.

Waldinger, R. J. y Gunderson, J. G.: *Effective psychotherapy with borderline patients: Case studies*, Nueva York, Macmillan, 1987.

Walker, L: *The battered woman*, Nueva York, Harper & Row, 1979.
—— «Battered women», en *A. M. Brodsky y R. T. Hare-Mustin (comps.)*: *Women and psychotherapy*. Nueva York, Guilford Press, 1980.

War Department: *Nomenclature and recording diagnoses* (Technical Bulletin Nº 203). Washington, DC: War Department, 1945.

Ward, L. G., Freidlander, M. L. y Silverman, W. K.: «Children's depressive

symptoms, negative self-statements, and causal attributions for success and failure», *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 215-227, 1987.

Watt, N. F.: «Patterns of childhood social development in adult schizophrenics», *Archives of General Psychiatry*, 35, 160-165, 1978.

Weintraub, W.: «Compulsive and paranoid personalities», en **J. R. Lion (comp.)**: *Personality disorders: Diagnosis and management*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1981.

West, M. y Sheldon, A E. R.: «Classification of pathological attachment patterns in adults», *Journal of Personality Disorders*, 2, 153-159, 1988.

Whitman, R. M., Trosman, H. y Koenig, R.: «Clinical assessment of passive-aggressive personality», *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 540-549, 1954.

Widiger, T. A. y Frances, A.: «The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology», *Archives of General Psychiatry*, 42, 615-623, 1985.
—— **y Sanderson, C.**: «The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of DSM-III personality disorders», *Journal of Personality Assessment*, 51(2), 228-242, 1987.
—— **Sanderson, C. y Warner, L**.: «The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder», *Journal of Personality Assessment*, 50, 540-553, 1986.

Woerner, M. G., Pollack, M., Rogalski, C., Pollack, Y. y Klein, D. F.: «A comparison of personality disorders, schizophrenics, and their sibs», en **M. Roff, L. N. Robins y M. Pollack (comps.)**: *Life history reseach in psychopathology*, (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesotta Press, 1972.

Wolff, S. y Barlow, A.: «Schizoid personality in childhood: A comparative study of schizoid, autistic and normal children», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 29-46, 1979.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. y O'Brien, C. P.: «Sociopathy and psychotherapy outcome», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086, 1985.

Woolson, A. M. y Swanson, M. G.: «The second time around: Psychotherapy with the hysterical woman», *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 9, 168-175, 1972.

World Health Organization (WHO): *International classification of diseases* (9.ª ed.), Ginebra: WHO, 1977.
—— (en preparación): *International classification of diseases* (10.ª ed.), Ginebra, WHO.

Yarrow, L: «Maternal deprivation», *Psychological Bulletin*, 58, 459-490, 1961.

Young, J.: *Borderline personality: Cognitive theory and treatment*. Trabajo

presentado en la reunión de la American Psychological Association, Anaheim, CA, 1983, agosto.
—— *Cognitive therapy with difficult patients*. Taller realizado en la reunión de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Filadelfia, PA, 1984, noviembre.
—— *Schema-focused cognitive therapy for personality disorders*. Manuscrito inédito, Center for Cognitive Therapy, Nueva York, 1987.
——. **y Swift W.**: «Schema-focused cognitive therapy for personality disorders: Part I», *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4(5), 13-14, 1988.

Zetzel, E.: «The so-called good hysteric», *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 256-260, 1968.

Zimmerman, M., Pfohl, B., Stangl, D. y Coryell, W.: «The validity of DSM-III Axis IV», *American Journal of Psychiatry*, 142(12), 1437-1441, 1985.

Zuroff, D. y Mongrain, M: «Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states», *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22.

Zwemer, W. A. y Deffenbacher, J. L.: «Irrational beliefs, anger, and anxiety», *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 391-393, 1984.

AARON TEMKIN BECK (n. Providence, Rhode Island, 1921). Creador del sistema de psicoterapia denominado «Terapia cognitiva», también conocido como «Terapia cognitivo-conductual». El tercer hijo de inmigrantes judíos. Se graduó *cum laude* en 1942 en la Universidad de Brown; donde fue elegido miembro de la Sociedad Phi Beta Kappa (la sociedad de graduados más prestigiosa para graduaciones de más de cuatro años). Fue editor asociado del diario Brown Daily Herald, y recibió el Francis Wayland Scholarship, el Premio de Excelencia en Oratoria de William Gaston y el Premio de Ensayo de Philo Sherman Bennett.

Beck ingresó en la Escuela de Medicina de Yale y en 1946 se graduó en psicoanálisis. A principios de los años 1960, cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, desarrolló la «Terapia cognitiva». Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario. Sus investigaciones lo llevaron a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Trabajando con pacientes depresivos se dio cuenta de que éstos se caracterizaban por experimentar peculiares cogniciones que él denominó *pensamientos negativos*, los cuales invadían la mente de los pacientes de una forma espontánea. Y descubrió que tales cogniciones, según su contenido, se podían clasificar en tres categorías: aquellas que hacían referencia a sí mismos, las que hacían referencia al mundo y finalmente las referidas al futuro. Comenzó a ayudar a

sus pacientes a identificar y evaluar estos pensamientos de forma más realista y encontró que, haciendo esto, los pacientes comenzaban a sentirse mejor y lograban comportarse de un modo más funcional.

Desde entonces, el Dr. Beck y sus colaboradores, diseminados por todo el mundo, han investigado la eficacia de la «Terapia cognitiva» para tratar un amplio abanico de trastornos: además de la depresión, la ansiedad y los diversos trastornos de personalidad. Actualmente se sigue investigando la eficacia de la «Terapia cognitiva» con la esquizofrenia, el dolor crónico, y una gran variedad de otros trastornos.