Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

II. Aproximación a modelos terapéuticos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Juan Antonio Díaz-Garrido
Susana Al-Halabí
Adolfo J. Cangas
Fernando Rodríguez-Otero
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

II. Aproximación a modelos terapéuticos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Coordinadores

JUAN ANTONIO DÍAZ-GARRIDO

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN. UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA CANARIAS

SUSANA AL-HALABÍ

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD. UNIVERSIDAD DE OVIEDO

ADOLFO J. CANGAS

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FERNANDO RODRÍGUEZ-OTERO

PSIQUIATRA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad

II. Aproximación a modelos terapéuticos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Juan Antonio Díaz-Garrido, Susana Al-Halabí, Adolfo J. Cangas y Fernando Rodríguez-Otero, 2024
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2024
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4988-2

Relación de autores

Íñigo Alberdi Páramo
Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Isabel Caro Gabalda
Doctora en Psicología. Catedrática de universidad. Universidad de Valencia.

Ciro Caro García
Doctor en Psicología. Profesor colaborador. Universidad Pontificia Comillas.

Elisabet Casellas
Especialista en Psicología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Fernando Chapado de la Calle
Doctor en Psicología. Profesor asociado. Universidad de Málaga.

Carlos Chiclana Actis
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Práctica privada.

Jordi Cid
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Institut d'Assistència Sanitària.

Iolanda D'Ascenzo
Doctora en Psicología. Psiquiatra. Universitat Ramón Llull.

Mark Dangerfield
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Instituto Universitario de Salud Mental Vidal i Barraquer. Universidad Ramon Llull.

Indira Dayana Carvajal-Parra
Magister en Psicología Clínica. Instituto de Neurociencias de Guayaquil.

Juan Antonio Díaz-Garrido
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Universidad Fernando Pessoa Canarias.

Giancarlo Dimaggio
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonal de Roma.

José Antonio Duque Cárdenes
Doctor en Psicología. Práctica privada y docente.

Daniel Echevarría Escalante
Psicólogo. Investigador. Universidad de Reno.

Álvaro Esguevillas Cuesta
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Ana Estévez
Doctora en Psicología. Profesora titular de universidad. Universidad de Deusto.

María Xesús Froxán Parga
Doctora en Psicología. Catedrática de universidad. Universidad Autónoma de Madrid.

Reiner Fuentes-Ferrada
Psicólogo. Universidad San Sebastián de Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes.

Azucena García Palacios
Doctora en Psicología. Catedrática de universidad. Universitat Jaume I.

© Ediciones Pirámide

Nancy V. García Poveda
Psiquiatra. Servicio Riojano de Salud.

Bárbara Gil-Luciano
Doctora en Psicología. Directora de Madrid Institute of Contextual Psychology. Universidad Nebrija.

Esther Gimeno Castro
Psicóloga. Práctica privada. Universidad Internacional de La Rioja.

Miguel Ángel González Torres
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Hospital Universitario de Basurto.

José Luis Hernández Fleta
Doctor en Medicina. Psiquiatra. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Félix Inchausti
Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Itziar Iruarrizaga
Doctora en Psicología. Profesora titular de universidad. Universidad Complutense de Madrid.

Horus Laffite Cabrera
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Álvaro I. Langer
Doctor en Psicología. Investigador. Universidad San Sebastián de Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes.

Rosa Lorente Català
Psicóloga. Investigadora. Universitat Jaume I.

Carmen Luciano
Doctora en Psicología. Catedrática de universidad. Universidad de Almería.

Carlos Martín Fernández-Mayoralas
Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés.

Pedro Carlos Martínez-Suárez
Doctor en Psicología. Universidad Católica de Cuenca de Ecuador.

Carlos Mirapeix Costas
Psiquiatra. Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad.

Janire Momeñe
Doctora en Psicología. Investigadora. Universidad de Deusto.

Fernando Andrés Muñoz-Palacio
Magister en Psicología Clínica. Universidad Metropolitana de Ecuador.

Ursula Oberst
Doctora en Psicología. Profesora titular de universidad. Universidad Ramon Llull.

Leticia Olave
Doctora en Psicología. Práctica privada. Universidad Internacional de Valencia.

Gladis Lee Pereira
Doctora en Psicología. Profesora asociada. Universidad Europea de Madrid.

Tamara del Pino Medina Dorta
Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín.

Gerardo A. Rivera Meneses
Psiquiatra. Universidad Austral de Chile. Servicio de Salud Los Ríos.

Irene Rodrigo Holgado
Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Fernando Rodríguez-Otero
Psiquiatra. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Francisco J. Ruiz
Doctor en Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Eduardo Ruiz Parra
Psiquiatra. Hospital Universitario de Basurto. Universidad del País Vasco.

Carlos Schmidt
Psicólogo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

© Ediciones Pirámide

Joaquim Soler

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

Irache Urbiola

Doctora en Psicología. Investigadora. Universidad de Deusto.

Luis Valenciano Martínez

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Molina de Segura. Hospital Morales Meseguer.

Luis Valero Aguayo

Doctor en Psicología. Catedrático de universidad. Universidad de Málaga.

Ana Lucía Villazhiñay-Matute

Psicóloga. Universidad Católica de Cuenca de Ecuador.

Everett L.Worthington, Jr.

Doctor en Psicología. Profesor emérito. Virginia Commonwealth University.

Jaime Yáñez-Lizana

Psicólogo. Universidad San Sebastián de Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes.

Frank Yeomans

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Universidad de Columbia.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 21

1. Tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos de la personalidad del clúster A *(Pedro Carlos Martínez-Suárez, Fernando Andrés Muñoz-Palacio, Indira Dayana Carvajal-Parra y Ana Lucía Villazhiñay-Matute)* 25

1. Introducción 25
2. Tratamiento psicológico 32
3. Conclusiones y recapitulación 37
4. Recursos adicionales 38
5. Caso práctico 38

2. Terapia de conducta en los trastornos de la personalidad *(María Xesús Froxán Parga, Daniel Echevarría Escalante y Gladis Lee Pereira)* 41

1. Introducción 41
   - 1.1. Trastornos de personalidad desde la perspectiva conductual 46
   - 1.2. Tratamiento de los trastornos de personalidad desde la terapia de conducta 48
2. Análisis funcional e intervención en trastornos de personalidad. Caso práctico 50
   - 2.1. Presentación del caso 50
   - 2.2. Evaluación 51
   - 2.3. Análisis funcional 52
     - 2.3.1. Variables disposicionales 53
     - 2.3.2. Hipótesis de origen 53
     - 2.3.3. Hipótesis de mantenimiento 55
   - 2.4. Tratamiento 57
3. Conclusiones y recapitulación 59
4. Recursos adicionales 60

3. Terapia cognitiva en los trastornos de la personalidad *(Isabel Caro Gabalda)* 63

1. Introducción 63
   - 1.1. La eficacia del modelo cognitivo de Beck en los trastornos de personalidad 63
2. Terapia cognitiva en los trastornos de personalidad 64
   - 2.1. El modelo teórico cognitivo de Beck sobre los trastornos de personalidad: una introducción 64
   - 2.2. El modelo teórico cognitivo de Beck sobre los trastornos de personalidad: conceptos principales 65

© Ediciones Pirámide

2.2.1. Estrategias ... 65
2.2.2. Creencias y esquemas ... 66
2.2.3. Modos ... 67
2.3. El modelo terapéutico cognitivo de Beck para el tratamiento de los trastornos de personalidad ... 67
2.3.1. Características de la terapia cognitiva a tener en cuenta en los trastornos de personalidad ... 67
2.3.2. Elementos principales del tratamiento cognitivo en los trastornos de personalidad ... 68
2.3.3. Técnicas principales de la terapia cognitiva en los trastornos de personalidad ... 70
2.3.3.1. Introducción ... 70
2.3.3.2. Principales técnicas cognitivas ... 70
2.3.3.3. Principales técnicas conductuales ... 74
2.3.3.4. Principales técnicas experienciales ... 75
3. Conclusiones y recapitulación ... 76
4. Recursos adicionales ... 77
5. Caso práctico ... 77

4. Terapia metacognitiva interpersonal en los trastornos de la personalidad *(Félix Inchausti, Nancy V. García Poveda y Giancarlo Dimaggio)* ... 81

1. Introducción ... 81
2. Empobrecimiento narrativo y esquemas interpersonales ... 82
3. Déficits metacognitivos ... 83
4. Las pobres narrativas y los déficits metacognitivos como obstáculos de la terapia ... 85
5. Tratamiento de los síntomas en el contexto del enriquecimiento de narrativas y promoción de la metacognición ... 85
6. Conclusiones y recapitulación ... 86
7. Recursos adicionales ... 86
8. Caso práctico ... 87

5. Terapia basada en esquemas en los trastornos de la personalidad *(Jordi Cid)* ... 95

1. Introducción ... 95
2. El *modus operandi* de la terapia de esquemas ... 105
2.1. Fase previa o inicial ... 106
2.2. Fase II. El cambio de modos de esquemas ... 112
3. Conclusiones y recapitulación ... 123
4. Recursos adicionales ... 124
5. Caso práctico ... 124

6. Terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad *(Fernando Chapado de la Calle)* ... 127

1. Introducción ... 127
2. Terapia cognitivo-interpersonal ... 129
2.1. Mecanismos de cambio ... 130
2.2. La relación terapéutica ... 131
2.2.1. Colaboración y alianza ... 132
2.2.2. Empatía y validación ... 132
2.2.3. Uso de la alianza terapéutica interpersonal ... 132

© Ediciones Pirámide

2.2.4. Ruptura/reparación de la alianza 132
2.2.5. Aquí y ahora 132
2.2.6. Competencias interpersonales 132
2.3. Estructura de las sesiones (TCI) 132
2.3.1. Fase inicial 133
2.3.2. Fase intermedia 133
2.3.3. Fase final 134
2.3.4. Cierre y evaluación 134
2.3.5. Flexibilidad y adaptabilidad 134
2.4. Focos terapéuticos 134
2.4.1. Problemas fuera de la sesión 135
2.4.2. Problemas presentados en la misma sesión 136
2.5. Información para la acción de cambio 136
2.5.1. Autorrevelaciones 137
2.5.2. Búsqueda de empatía 137
2.5.3. Autorrevelación sobre la conducta de la persona 137
2.5.4. Marcadores interpersonales para sondeo cognitivo-afectivo 137
3. Recursos adicionales 138
4. Caso práctico 138

7. Terapia de aceptación y compromiso en los trastornos de la personalidad
(Carmen Luciano, Francisco J. Ruiz y Bárbara Gil-Luciano) 145

1. Introducción 145
2. Terapia de aceptación y compromiso 146
2.1. Raíz filosófica: contextualismo funcional 146
2.2. Tronco teórico: principios del aprendizaje y teoría del marco relacional .. 146
2.2.1. Clases funcionales de seguimiento de reglas 147
2.2.2. El rol de los enmarques deícticos y jerárquicos en la construcción del yo y sus contenidos 148
2.2.3. La construcción de motivaciones y contenidos jerárquicos del yo 149
2.2.4. Conformación de operantes relacionales funcionales de responder ante la propia conducta 149
2.2.4.1. La inflexibilidad psicológica como clase funcional de respuesta en coordinación con las funciones inmediatas de la propia conducta 150
2.2.4.2. La flexibilidad psicológica como clase funcional de responder consistente en enmarcar jerárquicamente la propia conducta 151
3. ACT en los trastornos de personalidad 151
3.1. Consideraciones de los trastornos de personalidad desde la perspectiva de ACT 151
3.2. Puntualizaciones sobre si cambiar, eliminar contenidos rígidos o si alterar su función 152
3.3. Características a tener en consideración en todo el proceso 153
3.4. Movimientos genéricos para construir un patrón de flexibilidad 154
3.4.1. Respecto de ayudar a discriminar, ser consciente, observador del patrón inflexible y abrir una puerta hacia el patrón flexible 155
3.4.1.1. Ayudarle a ser observador de su patrón 155
3.4.1.2. Practicando con el cliente dar un nombre común que englobe los diferentes eventos privados 157
3.4.1.3. Ayudar al cliente a identificar las diferentes formas de responder y los efectos que produce 158

© Ediciones Pirámide

3.4.1.4. Ayudar al cliente a identificar la relación causal entre los eventos privados, responder bajo su control, y el impacto a corto y largo plazo 159
3.4.1.5. Trabajar con el cliente para propiciar una metáfora del patrón inflexible y el horizonte del patrón flexible 160
3.4.2. Amplificar y potenciar la habilidad de observador de la propia conducta a través de enmarcarla en jerarquía y promover variabilidad y flexibilidad 161
3.4.3. Ayudar a clarificar y ampliar la función jerárquica de las direcciones significativas y promover variabilidad conductual 163
4. Conclusiones y recapitulación 165
5. Recursos adicionales 165
6. Caso práctico 166

8. Terapia centrada en la compasión y autocompasión en el trastorno límite de la personalidad: oportunidades y consideraciones a partir de un caso clínico *(Reiner Fuentes-Ferrada, Gerardo A. Rivera Meneses, Jaime Yáñez-Lizana y Álvaro I. Langer)* 169

1. Introducción 169
2. Mecanismos de la compasión y autocompasión en el TLP 173
3. Conclusiones y recapitulación 176
4. Recursos adicionales 178
5. Caso práctico 179

9. Terapia dialéctico-conductual en los trastornos de la personalidad: estándar y familiar *(Carlos Schmidt, Elisabet Casellas y Joaquim Soler)* 183

1. Introducción 183
2. DBT para el tratamiento del trastorno límite de personalidad 185
3. Conclusiones y recapitulación 193
4. Recursos adicionales 194
5. Caso práctico 194

10. Programa STEPPS *(Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving)* para el trastorno límite de la personalidad *(Azucena García Palacios y Rosa Lorente Català)* 203

1. Introducción 203
2. El programa STEPPS 205
   2.1. Características generales del programa 205
   2.2. Fases del programa STEPPS 206
   2.3. Estructura del programa STEPPS 207
   2.4. Intervención con el equipo de refuerzo 209
   2.5. El seguimiento del STEPPS: programa STAIRWAYS 210
3. Conclusiones y recapitulación 210
4. Recursos adicionales 211
5. Caso práctico 211

11. Psicoterapia analítica funcional en los trastornos de la personalidad *(Luis Valero Aguayo)* 217

1. Introducción 217
2. Tratamiento de problemas de personalidad desde FAP 224

© Ediciones Pirámide

3. Conclusiones y recapitulación 228
4. Recursos adicionales 229
5. Caso práctico 231

12. Terapia del perdón y la reconciliación en los trastornos de la personalidad *(José Antonio Duque Cárdenes y Everett L. Worthington, Jr.)* 237

1. Introducción 237
   1.1. Perdón 238
   1.2. Tipos de perdón 238
   1.3. Modelo de afrontamiento de estrés 239
   1.4. Trastornos de la personalidad y las relaciones interpersonales 240
   1.5. Beneficios de perdonar 240
2. Terapia del perdón y reconciliación 241
   2.1. Consideraciones clínicas generales 241
   2.2. Perdonar a otra persona 243
      2.2.1. Reconciliación 251
   2.3. Perdonarse a sí mismo 253
3. Conclusiones y recapitulación 256
4. Recursos adicionales 256
5. Caso práctico 257

13. Aproximación psicodinámica a los trastornos de la personalidad *(Miguel Ángel González Torres y Luis Valenciano Martínez)* 259

1. Introducción. La construcción del concepto «límite» 259
2. Las psicoterapias psicoanalíticas y el trastorno límite de la personalidad 261
3. Conclusiones y recapitulación 264
4. Recursos adicionales 264
5. Caso práctico 264

14. Psicoterapia focalizada en la transferencia en los trastornos de la personalidad *(Miguel Ángel González Torres, Luis Valenciano Martínez, Álvaro Esguevillas Cuesta y Fernando Rodríguez-Otero)* 265

1. Introducción: situación actual y perspectivas de los trastornos de la personalidad y su tratamiento 265
   1.1. La psicoterapia del trastorno límite de la personalidad 266
   1.2. La evaluación en psicoterapia 267
2. Otto Kernberg y la psicoterapia focalizada en la transferencia 268
   2.1. Datos biográficos y formulación teórica 268
   2.2. Concepción de los trastornos de la personalidad y la técnica psicoanalítica 270
   2.3. Consideraciones finales sobre la obra y perfil de Otto Kernberg 270
3. Psicoterapia focalizada en la transferencia. Elementos fundamentales 270
   3.1. Trastornos de la personalidad: diagnóstico 271
   3.2. Entrevistas de evaluación: la entrevista estructural 272
   3.3. Teoría subyacente a la TFP: díadas objetales relacionales 273
   3.4. Estrategias, técnicas y tácticas de la TFP 275
   3.5. El contrato terapéutico 276
   3.6. Las sesiones: los tres canales de comunicación 277
   3.7. Elegir material a trabajar 278
   3.8. Indicaciones de integración y cambio estructural 279
   3.9. ¿Cuáles son los mecanismos del cambio? 279

© Ediciones Pirámide

4. Conclusiones y recapitulación 279
5. Recursos adicionales 281
6. Caso práctico 281

15. Psicoterapia cognitivo-analítica en los trastornos de la personalidad *(Carlos Mirapeix Costas, Esther Gimeno Castro, Carlos Martín Fernández-Mayoralas y Carlos Chiclana Actis)* 283

1. Introducción 283
   1.1. Antecedentes de la PCA 283
   1.2. Breve descripción del modelo cognitivo-analítico 283
   1.3. Evidencia empírica 284
2. El modelo PCA 285
   2.1. El desarrollo del *self* 285
   2.2. El modelo de los múltiples estados 287
3. Evaluación 288
4. Reformulación 289
   4.1. Formulación o reformulación; reformulación o reformulaciones 289
   4.2. ¿Qué componentes tiene? 289
5. Trampas, dilemas y pegas 290
6. Reconocimiento 292
7. Revisión 292
8. Finalización 292
9. Transferencia y contratransferencia en PCA, reformulación contextual e importancia de la supervisión 294
   9.1. Transferencia y contratransferencia en PCA 294
   9.2. Reformulación contextual 294
   9.3. Supervisión en PCA 295
10. Conclusiones y recapitulación 295
11. Recursos adicionales 295
12. Casos prácticos 296

16. Tratamiento basado en la mentalización en los trastornos de la personalidad *(Mark Dangerfield)* 301

1. Introducción 301
2. Tratamiento basado en la mentalización 303
   2.1. ¿Qué es la mentalización? 303
   2.2. Desarrollo de la capacidad de mentalizar 305
   2.3. Los trastornos de personalidad y la capacidad de mentalizar 308
   2.4. Conceptos teóricos fundamentales del modelo MBT 308
   2.5. El proceso terapéutico desde el MBT 315
3. Conclusiones y recapitulación 320
4. Recursos adicionales 321
5. Caso práctico 321

17. La psicología individual de Adler en los trastornos de la personalidad *(Ursula Oberst)* 327

1. Introducción: la psicología individual de Alfred Adler 327
   1.1. Comentarios preliminares 327
   1.2. La personalidad en la teoría adleriana: el concepto de estilo de vida 327
   1.3. La visión adleriana de la psicopatología 328
   1.4. La psicoterapia adleriana 331

© Ediciones Pirámide

1.5. Resumen de la psicología adleriana 333
2. Los trastornos de la personalidad en la psicología adleriana y su tratamiento.. 334
2.1. Breve comentario sobre los sistemas de clasificación de los trastornos de personalidad..... 334
2.2. Tratamiento de los TP desde la psicología adleriana - estrategias generales 335
2.3. Los ejes terapéuticos..... 335
2.3.1. Aliento *(encouragement)* 335
2.3.2. Desarrollo de *insight*..... 336
2.3.3. Flexibilización/modificación del estilo de vida 337
2.3.4. Desarrollo del sentimiento de comunidad 337
2.4. Aspectos específicos de los TP..... 338
2.4.1. Trastornos de personalidad puros 338
2.4.1.1. La personalidad narcisista..... 338
2.4.1.2. La personalidad histriónica..... 340
2.4.1.3. La personalidad dependiente 340
2.4.1.4. La personalidad evitativa 340
2.4.1.5. La personalidad esquizoide..... 341
2.4.1.6. La personalidad paranoide 341
2.4.1.7. La personalidad obsesiva 341
2.4.2. Trastornos de la personalidad híbridos 341
2.4.2.1. La personalidad esquizotípica..... 341
2.4.2.2. La personalidad límite 342
2.4.2.3. La personalidad antisocial 342
3. Conclusiones y recapitulación..... 342
4. Recursos adicionales..... 344
5. Caso práctico..... 344

18. El modelo de Bornstein en el trastorno de la personalidad dependiente *(Ana Estévez, Janire Momeñe, Itziar Iruarrizaga, Leticia Olave e Irache Urbiola)* 347

1. Introducción 347
1.1. Definición..... 347
1.2. Prevalencia..... 349
1.3. Origen de la dependencia..... 350
1.4. Comorbilidad 351
2. El modelo de Bornstein..... 352
2.1. Eficacia del tratamiento..... 353
2.1.1. Alianza terapéutica..... 353
2.1.2. Intervenciones psicodinámicas, cognitivas y existenciales..... 354
2.1.2.1. Enfoque cognitivo 354
2.1.2.2. Enfoque existencial 355
2.1.2.3. Integración de los enfoques cognitivo y existencial 355
3. Conclusiones y recapitulación..... 355
4. Recursos adicionales..... 356
5. Caso práctico..... 358

19. Terapia focalizada en la emoción: trabajo con procesos y dificultades de la personalidad *(Ciro Caro García)*..... 361

1. Introducción 361
1.1. Emoción y esquemas emocionales..... 361
1.2. Formulación general del malestar..... 363

© Ediciones Pirámide

1.3. La terapia según el modelo estándar 364
2. Trabajo con procesos y dificultades de personalidad 368
2.1. Aproximaciones conceptuales 368
2.2. Abordaje práctico transdiagnóstico 370
2.3. Adaptación del modelo estándar al trabajo con dificultades de personalidad 371
3. Conclusiones y recapitulación 374
4. Recursos adicionales 374
5. Caso práctico 376

20. Terapia familiar sistémica en los trastornos de la personalidad *(Iolanda D'Ascenzo)* 381

1. Introducción 381
1.1. El modelo relacional sistémico en terapia familiar 381
1.2. El diagnóstico relacional 382
1.3. Los trastornos de personalidad en la psicopatología relacional sistémica 384
2. Tratamiento 386
2.1. La terapia familiar sistémica de los trastornos de la personalidad 386
2.2. El tratamiento integrado individual y familiar en el trastorno límite de la personalidad 387
2.2.1. Principios terapéuticos 387
2.2.2. Etapas del tratamiento y objetivos 388
2.2.3. Niveles de intervención 389
3. Conclusiones y recapitulación 391
4. Recursos adicionales 392
5. Caso práctico 392

21. Intervención grupal en los trastornos de la personalidad *(Eduardo Ruiz Parra y Fernando Rodríguez-Otero)* 397

1. Introducción 397
2. Tratamientos grupales 399
3. Conclusiones y recapitulación 416
4. Recursos adicionales 417
5. Caso práctico 417

22. Modelos de apoyo y comunitarios en los trastornos de la personalidad *(Irene Rodrigo Holgado e Íñigo Alberdi Páramo)* 421

1. Introducción 421
2. Modelos de intervención 423
2.1. Intervenciones sociales y político-legislativas 423
2.2. Programas psicoterapéuticos con enfoque comunitario 424
2.2.1. Programas basados en abordaje grupal intensivo 425
2.2.1.1. Programa Edmonton 425
2.2.1.2. Programa Bateman y Fonagy 425
2.2.1.3. Programa de hospital de día en Santa Coloma 426
2.2.2. Modelo SWOPG 426
2.2.3. Nidoterapia 427
3. Conclusiones y recapitulación 428
4. Recursos adicionales 429
5. Caso práctico 429

© Ediciones Pirámide

23. Una propuesta de intervención en una unidad específica de trastornos de la personalidad *(Fernando Rodríguez-Otero, Juan Antonio Díaz-Garrido, Horus Laffite Cabrera, Tamara del Pino Medina Dorta y José Luis Hernández Fleta)* ... 433

1. Introducción ... 433
   1.1. ¿Cuántos usuarios se pueden atender y en cuánto tiempo? ... 433
      1.1.1. Nivel de gravedad y organización *borderline* de la personalidad ... 434
      1.1.2. Variables neuropsicológicas ... 435
      1.1.3. Endofenotipo predominante y dominios afectados ... 436
      1.1.4. Ganancia secundaria ... 436
2. ¿Sobre qué modelo de base se debe diseñar el programa? ... 437
3. ¿Se pueden integrar los componentes de distintos modelos psicoterapéuticos? ... 438
   3.1. La desregulación emocional, un elemento clave y transdiagnóstico ... 438
   3.2. Programa de trauma y grupo de mentalización. La mentalización como un elemento común de todo el programa ... 439
   3.3. Grupo de mentalización ... 439
   3.4. Programa de psicoterapia focalizada en la transferencia ... 440
4. El problema del contexto y las intervenciones con la familia ... 440
   4.1. Programa multifamiliar e intervenciones familiares basadas en el programa PROFAM-GC ... 440
   4.2. La importancia de los contextos. Trabajando desde el entorno ... 441
5. Programa de reducción de fármacos ... 441
6. Intervenciones de enfermería ... 441
7. ¿La cuarta letra de las terapias? ... 441
8. Conclusiones y recapitulación ... 442
9. Recursos adicionales ... 442
10. Caso práctico ... 443

Epílogo ... 445

Bibliografía ... 447

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Es un honor prologar este libro excepcional sobre tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad. La calidad y amplitud de este trabajo es una clara señal de que los trastornos de la personalidad han «alcanzado la mayoría de edad» en el campo de conocimiento de la salud mental. Este libro es testigo del avance en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad que se ha producido durante las últimas décadas. Aun así, si bien se han logrado muchos avances, aún tenemos tareas importantes por delante. No obstante, me centraré en el progreso: nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad comenzó a florecer en la segunda mitad del siglo XX. Los escritos de autores pioneros como Otto Kernberg y John Gunderson, entre otros, refinaron la forma en que pensamos y tratamos estos trastornos. Ambos autores eran psiquiatras y psicoanalistas. Kernberg mantuvo vínculos estrechos con la teoría y las técnicas psicoanalíticas a medida que desarrollaba modificaciones del método analítico. Posteriormente, dio lugar a lo que se conoció como psicoterapia focalizada en la transferencia, que abordaba el trastorno límite de personalidad (TLP) en el nivel profundo de la estructura psicológica de una persona. Gunderson elaboró una conceptualización de la patología más descriptiva, en contraste con la estructural, y desarrolló un enfoque de tratamiento cada vez más pragmático para ser utilizado como un primer nivel de tratamiento en personas que no requerían un enfoque más profundo. En aquellos primeros años, la conceptualización del TLP seguía relativamente vinculada al origen del concepto: describía a personas que se encontraban en el límite entre la neurosis y la psicosis, y que no presentaban una ruptura constante con la realidad, pero cuyo ego débil daba como resultado una intensa inestabilidad emocional y en distorsiones en su forma de percibir las relaciones interpersonales, con las consiguientes dificultades para adaptarse a los desafíos de la vida. Desde entonces, nuestra comprensión de los trastornos de la personalidad se ha vuelto más completa y rica.

Las formas de entender los trastornos de la personalidad evolucionaron desde entonces. Si bien la segunda edición de 1968 del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM II) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ya enumeraba diez trastornos de personalidad distintos, no fue hasta la tercera edición de 1980 (DSM III) que se incluyó el TLP. Incluso antes de eso, los escritos sobre trastornos de la personalidad habían comenzado a centrarse en el TLP. A medida que el campo se ha desarrollado, nuestra comprensión de la personalidad enfatiza una visión dimensional de los trastornos de la personalidad que se aleja de la idea de diez categorías distintas. Este cambio hacia una conceptualización dimensional nos ayuda a comprender mejor cuál es el núcleo de la patología de la personalidad, teniendo en cuenta los factores comunes en la variedad de presentaciones de los trastornos de la personalidad. Las investigaciones han sugerido que las diferentes manifestaciones de los trastornos de la personalidad comparten dificultades subyacentes en el *yo* de una persona y en la forma en que piensa y se relaciona con los demás. Los rasgos de personalidad, que habían sido centrales en las distinciones diagnósticas en el modelo categórico, ahora se consideran secundarios frente a los factores subyacentes

© Ediciones Pirámide

al sentido del *yo* y de los otros. Esta comprensión ampliada de la naturaleza de los trastornos de la personalidad ha permitido la investigación y el desarrollo de conceptos y tratamientos de gran relevancia.

El surgimiento del trabajo de Marsha Linehan a principios de la década de 1990 aportó una nueva perspectiva al campo. Linehan, formada como conductista, comenzó a trabajar con mujeres con conductas suicidas, estudiando la relación de esta población con el TLP. Su primer ensayo clínico aleatorizado sobre terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés) frente al tratamiento habitual desencadenó una ola de investigación sobre diferentes modelos de tratamiento para el TLP. El tratamiento organizado en módulos que ofrece la DBT se adaptó rápidamente a muchos entornos. La década de 1990 también asistió al nacimiento de la terapia de esquemas. Así, Jeffrey Young enfatizaba la importancia de los problemas en la crianza de los hijos en el TLP, y que tales problemas podían superarse mediante una terapia que incluyera la reparentalización parcial, junto a la idea de que la mente de las personas diagnosticadas con TLP estaba organizada en torno a un conjunto estandarizado de esquemas.

A medida que el TLP incrementaba su presencia como un problema de salud importante, comenzaba la preocupación por la falta de recursos clínicos adecuados para satisfacer las necesidades de estas personas. Esta carencia era particularmente acuciante fuera de los principales centros urbanos. Pioneros como Nancy Blum y sus colegas desarrollaron un modelo de tratamiento psicoeducativo de apoyo, STEPPS, que podría proporcionarse allí donde los recursos clínicos fueran limitados.

También se produjeron acontecimientos interesantes desde fuera de Estados Unidos. En el Reino Unido, Anthony Ryle desarrolló la terapia analítica cognitiva, un tratamiento de tiempo limitado que combinaba elementos cognitivos y psicoanalíticos para abordar el conflicto psicológico interno. Bateman y Fonagy introdujeron la terapia basada en la mentalización, cuyo objetivo era incrementar la concienciación de los estados psicológicos propios y ajenos desde la teoría del apego. El objetivo de este modelo es ser aplicado en contextos con recursos limitados, como el Servicio Nacional de Salud británico.

Estos avances en el tratamiento, y otros, tuvieron lugar en el contexto de sistemas de salud mental caracterizados por un estigma grave e injusto hacia las personas con diagnósticos de trastornos de la personalidad. El estigma es, en gran medida, el resultado de la falta de formación sobre los trastornos de la personalidad. Los profesionales temen lo que no comprenden o no saben abordar adecuadamente. Esta realidad es otro motivo para celebrar la publicación de los dos volúmenes de este libro.

Este trabajo tiene lugar, como comenté previamente, en una época que corresponde a la «mayoría de edad» de los trastornos de la personalidad, que, a menudo, quedaban relegados a la categoría de «hijastro» en el ámbito de la salud mental. Se les consideraba separados de lo que, en el DSM III y el DSM IV, se denominaban trastornos del «eje I» (depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc.), con la implicación de que eran menos importantes para el «núcleo» de la psiquiatría o la psicología. Se dedicó poco tiempo a formar a los profesionales de la salud mental sobre los trastornos de la personalidad, a pesar de su frecuencia en la práctica clínica. Por tanto, ha habido una prolongada «desconexión» entre la prevalencia de estos trastornos en entornos clínicos y la capacitación que reciben los profesionales. Esta brecha ha llevado, con frecuencia, a diagnósticos erróneos y, en consecuencia, a la asignación de personas a tratamientos inadecuados, lo que resulta en una pérdida de tiempo innecesaria y un sufrimiento prolongado. Una parte del problema a la hora de proporcionar formación adecuada es que se debe tener en cuenta la complejidad del ser humano y de la experiencia humana. Para ayudar adecuadamente a estas personas debemos ir más allá de un enfoque limitado al síntoma y considerar a la persona en su totalidad como el objeto de nuestro cuidado.

El espacio no me permite mencionar todos los modelos específicos de tratamiento incluidos en este libro. De hecho, uno de los aspectos más impresionantes de este trabajo es su amplitud. Su gama enciclopédica lo convierte en una referencia imprescindible para todos aquellos que tengan un verdadero interés en los trastornos de la personalidad. Cualquiera que sea el modelo de tratamiento que elija un clínico, debe retornar al tradicional modelo de tratamiento biopsicosocial. Y, si bien se describen diferentes modelos de tratamiento, cada terapeuta debe decidir qué elementos de tratamiento son los más apropiados para las personas con las que trabaja.

© Ediciones Pirámide

Este libro constituye un pilar en la integración de diferentes perspectivas sobre la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Muestro mi gratitud a los coordinadores y a los autores por brindar esta importante contribución que, durante años, servirá como una guía completa y comprensiva sobre los tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad.

FRANK YEOMANS,
Doctor en Medicina. Psiquiatra.
Universidad de Columbia

© Ediciones Pirámide

Tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos de la personalidad del clúster A

1

PEDRO CARLOS MARTÍNEZ-SUÁREZ
FERNANDO ANDRÉS MUÑOZ-PALACIO
INDIRA DAYANA CARVAJAL-PARRA
ANA LUCÍA VILLAZHIÑAY-MATUTE

«Puede decirse sin exageración que nuestra postura actual difiere de la clásica tan solo en una mayor consciencia de su provisionalidad y de su esencial problematismo. Somos herederos, aunque en mayor grado, de las propias dudas finales de Kraepelin.»

CASTILLA DEL PINO (1978, p. 20).

«Moebius said, in a review of Kraepelin's textbook: The dementia praecox has grown rather fat.»

BUMKE (1924).

1. INTRODUCCIÓN

Los aspectos clínicos, referentes a los trastornos abordados en este capítulo responden a agrupamientos descritos en la quinta edición revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-5-TR™ [American Psychiatric Association (APA), 2022] anteriormente referidos como «raros o excéntricos» y está formado por los trastornos de personalidad del grupo A, a saber: paranoide, esquizoide y esquizotípico.

Aunque algunos trastornos mentales pueden tener límites bien definidos en torno a grupos de síntomas, la evidencia científica ubica a un gran número de ellos en un espectro de alteraciones estrechamente relacionadas y que tienen síntomas comunes, factores de riesgo genéticos y ambientales compartidos y posiblemente sustratos neuronales similares.

En este sentido, hemos llegado a reconocer que los límites entre los trastornos son más «porosos» de lo que se percibía originalmente [American Psychiatric Association (APA, 2022)]. Así, los tres grupos de trastornos de personalidad (clúster A, B y C) están actualmente en revisión y conformación dinámica de las evidencias que los sustentan, incluyendo para su mayor robustez indicadores como sustratos neuronales, rasgos familiares, factores de riesgo genéticos, factores de protección ambientales, biomarcadores, antecedentes de personalidad, anomalías de procesamiento emocional y marcadores cognitivos, similitud de síntomas, curso de la enfermedad, factores epidemiológicos, comorbilidad y respuesta al tratamiento (APA, 2022; Harland et al., 2009).

Kraepelin (1925) señaló que los trastornos psiquiátricos son causados por una patología orgánica subyacente y la vinculación de esta noción con el trastorno que Kraepelin llamó «demencia precoz» y que Bleuler (1911) más tarde denominaría «esquizofrenia» (Cutting y Shepherd, 1987) y que sigue vigente en nuestros días (Harland et al., 2009).

Sin embargo, es necesario plantear una investigación socioambiental que corrija el desequilibrio del esfuerzo investigador de los últimos 100 años, sin negar el avance de lo realizado hasta la fecha. Ahora bien, lo «ecléctico» o «biopsicoespiritual», como componente objeto de estudio, parece corresponder a un análisis más amplio del individuo. No

© Ediciones Pirámide

fútilmente, el eminente psiquiatra Germán Berrios repite en sus conferencias que la psiquiatría y, por ende, la psicología clínica, nace y existe en realidad porque existe el sufrimiento humano. Este enfoque para pensar sobre los trastornos recuerda la obra del influyente psiquiatra Adolf Meyer (1919) y puede reflejar la persistencia de una forma de pensar sobre los trastornos con origen en su psicobiología (Meyer, 1919; Kendler, 2009).

El tercer componente del que hablan Harland et al. (2009) es lo concerniente al concepto mismo de salud mental: revela un contraste imprevisto entre elementos psicológicos (por ejemplo, psicodinámicos) y sociológicos. Esto puede sugerir que cuando los psiquiatras piensan sobre los trastornos en términos distintos del modelo biológico, o el modelo ecléctico más amplio, tienden a considerar los puntos de vista psicodinámico y sociológico como mutuamente excluyentes. La perspectiva psicodinámica, en un sentido amplio, tiende a considerar los trastornos como el producto de procesos reales pero ocultos ubicados en el individuo en respuesta a relaciones clave (Sandler et al., 1992; Luyten y Fonagy, 2022), mientras que el enfoque sociológico considera los «trastornos» como un producto de procesos sociales de diversos tipos (Foucault, 1971; Harland et al., 2009).

Debe considerarse por parte del clínico la lectura de autores como Huertas (2001) o Álvarez (2018) y González-Pardo y Pérez-Álvarez (2007), añadido a Berrios (2014) para comprender que no solo el propio concepto de salud mental está atravesado por su propia historia, sino que la evolución y entendimiento de los síntomas es inseparable de ella, suponiendo un desafío ontológico y epistemológico el abordaje de cada persona, que indefectiblemente está insertada en su contexto, también sociohistórico. Pero, igualmente, el propio clínico ha pasado de ser alienista a psiquiatra o psicólogo clínico, tecnólogo en la época de las primeras terapias de conducta y actualmente un profesional de una ciencia humana en los más genuinos términos de Pérez-Álvarez (2021). Resulta curioso cómo en este entronque epistemológico convergen el conductismo y el psicoanálisis (Lopera-Echevarría, 2017), entendiendo la psicoterapia como transformadora de la propia existencia. Por tanto, los auditores de la psiquiatría y la psicología clínica, parafraseando nuevamente a Berrios, son el historiador y el filósofo; para muestra, puede consultarse el trabajo de Kendler (2017) sobre la paranoia.

Cuando se trabaja en psicoterapia no se puede sustraer la técnica de la historia, y si bien en este capítulo la extensión y pretensión pragmática del mismo no nos permiten ahondar en ella, si hay algo claro en la historia de la psiquiatría es la vinculación de la «paranoia» con el concepto de locura entendido en sentido nosológico amplio.

En esta línea, el enjambre conceptual en torno a «la locura» procede de los inicios de la Revolución Industrial (con la irrupción de la máquina de vapor en 1769), puesto que en los precedentes de la Edad Media equiparaban la locura con el daño moral y, específicamente, con la idea que asociaba la locura y el mal (Spranger y Kramer, como se citó en Kramer, 2021). Aunque es cierto que hubo intentos de explicaciones científicas como los de Luis Vives y descripciones loables como la del bibliotecario Robert Burton con su *Anathomy of Melancholy* de 1621, será de la mano de la psiquiatría francesa, con Pinel y Esquirol (vinculados institucionalmente a la Academia de Ciencias francesa) y más tarde Kraepelin y Bleuler (en el contexto histórico de una innumerable legión de científicos de la Academia leopoldina alemana) que se darán las condiciones para la aparición de la psiquiatría como disciplina académica y científica.

Resulta igualmente controvertido hablar en esta época de psicología clínica, pero dos figuras, quién sabe si antitéticas, emergen en el panorama de la psicología clínica, Sigmund Freud con sus *Ensayos sobre la Histeria* de 1895 y Mary Cover Jones, graduada en 1919 en psicología, presidenta de la división 35 de la APA y considerada fundadora de la terapia de conducta, sin olvidar el precedente del que sería su compañero J. B. Watson y que generó las auténticas bases del conductismo y la terapia conductual.

Por aquel entonces se dio la teoría de la degeneración moral de Morel, que ponía en relación la pobreza con la degeneración física y la degeneración moral; esta teoría fue expuesta por Morel en 1857 (como se citó en Cubero-Bros, 2016). Asimismo, ganó adeptos la teoría de la influencia de Karlbaum, que estudiaba los procesos de conformidad.

Recordemos que a finales del siglo XIX tienen gran influencia Gabriel Tarde, Gustave Le Bon y William McDougal, en una edad de oro de la psico-

© Ediciones Pirámide

logía social; sin embargo, tal vez por la aplastante victoria alemana en la guerra francoprusiana, fue la figura de Emil Kraepelin la que no solo se impuso en aquella época, sino que duraría hasta nuestros días, con una visión neurobiológica de los trastornos y un descripcionismo (Bueno, 1995) radical, sin importar casi la etiología y menos los síntomas (Berrios, 2014). Será posteriormente Meyer (1919), discípulo de Kraepelin, quien descubriría que ni tan exactas como la taxonomía botánica eran las descripciones del psiquiatra, ni la mayoría de los casos descritos por él como *dementia praecox* era tal. Es en este caldo de cultivo, dejando al margen el camino emprendido por Broca tiempo atrás en la neuropsicología, que surge la figura de Eugen Bleuler (1922), ligeramente desplazado por su influencia suiza y francesa, pero que realmente le pondrá nombre a la esquizofrenia y hablará por primera vez de *esquizoidía* entre 1908 y 1912. Se habían iniciado además los debates por la distinción entre varios tipos de «demencia precoz», algunos incluían hebefrenia y catatonia. Es con Schneider que aparecen claramente los cuadros politéticos, entre los que se encuentra la esquizofrenia, es decir, compartiendo síntomas con otros trastornos.

Será Bleuler (1922) quien aclare definitivamente la distinción entre esquizoidía y ciclotimia (sintonía de Kretschmer, 1918), si bien hasta día de hoy llegan los debates sobre la presencia de síntomas esquizoides en la bipolaridad por ejemplo (antigua psicosis maníaco-depresiva). El estudio histórico cuidadoso de constructos relacionados con los presentes en este capítulo implica recorrer la historia de la paranoia, la esquizoidía, la esquizotimia, la personalidad ciclotímica, la personalidad sintónica, la psicopatía y, posteriormente, la esquizotipia (Rado, 1953) o la esquizotaxia de Meehl (1962), por supuesto sin olvidar el trastorno esquizoafectivo y el esquizofreniforme. No obstante, la dificultad en cuanto a la validez de constructo se presenta en lo relacionado con el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno esquizoide, tal y como lo describen Hopwood y Thomas (2012), quienes apuntaban directamente a su no inclusión en el DSM 5.

A pesar de su inclusión, de una forma u otra, en cada una de las ediciones anteriores del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), el trastorno de personalidad paranoide (PPD) y el trastorno de personalidad esquizoide (SPD) son dos de los trastornos de personalidad cuya eliminación estaba prevista en el DSM-5 [Skodol et al., 2011; véase también Skodol (2011) (capítulo 3)]. Skodol (2011) consideraba como una posibilidad que no se incluyeran en el DSM 5, lo cual finalmente no ha ocurrido. Esta decisión se debía a dos factores generales. En primer lugar, ha habido investigaciones limitadas sobre estos trastornos a pesar de su inclusión en versiones anteriores del DSM (Skodol et al., 2011). En segundo lugar, la evidencia disponible sugiere que el PPD y el SPD están altamente relacionados entre sí y con condiciones límite como los rasgos normales de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos, lo que plantea dudas sobre su estatus como constructos diagnósticos únicos. El Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM-5 ha propuesto que el PPD y el SPD pueden conceptualizarse eficazmente utilizando otros constructos de rasgos y trastornos de la personalidad (Skodol et al., 2011). Los rasgos sugeridos incluyen desconfianza, hostilidad y retraimiento social para el PPD y retraimiento social, desapego social, evitación de la intimidad y afectividad restringida para el SPD. Los trastornos de personalidad que se superponen sintomáticamente incluyen el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Resulta cuando menos interesante, si no inquietante, que, según se desprende de un trabajo empírico correlacional de Hopwood et al. (2011), la característica que une a los tres trastornos del clúster A no es la evitación de las relaciones sociales o la introversión, sino la «peculiaridad» (rareza), algo que no es destacado en las descripciones de los tres trastornos en el DSM 5 TR (APA, 2022).

En cualquier caso, Bleuler (1922) parecía tener más claro el solapamiento de sintomatología, incluso con el cortejo afectivo. Resulta que los conceptos amplios de esquizoide y ciclotimia (sintonía) de Kretschmer (2018) corresponden a modos de reacción, que ocurren en toda persona normal, aunque en condiciones que cambian arbitrariamente. Solo sus exageraciones forman las enfermedades de la locura esquizofrénica y maníaco-depresiva. Los esquizoides anteriores solo serían esquizoides «predominantemente», los ciclotímicos «predominantemente» sintónicos; de manera similar, el esquizofrénico

© Ediciones Pirámide

muestra síntomas sintónicos como hallazgo secundario, y el maníaco-depresivo muestra síntomas esquizofrénicos, todos en grados extremadamente diferentes.

Esto mismo en el estudio de Hopwood et al. (2011) se muestra explícitamente en la correlación negativa con la inestabilidad emocional en la personalidad esquizoide y la no correlación con el trastorno paranoide y el esquizotípico. Por su parte, Winarick (2013) señala que existió una evolución desde la concepción de Kretschmer (1918), donde esquizoidía y trastorno de la personalidad por evitación se fusionaban en un solo constructo, actualmente se tiene claro que se trata de trastornos diferenciados (Winarick y Bornstein, 2015).

A pesar de que en los albores de la psiquiatría el tronco común de la paranoia aglutinaba los trastornos que en este capítulo nos ocupan, además del trastorno delirante, cfr.: «El marco más vasto de las psicosis paranoicas conserva su valor clínico gracias a la seguridad del método kraepeliniano, cuyos datos, por una vía opuesta, confirman los nuestros, fundando la autonomía de este marco sobre una patogenia rigurosamente psicógena» (Lacan, 1932, p. 317). La psicometría y la riqueza de indicadores validadores de los constructos, incluidos los genéticos (Kaiser, 2019), nos conducen a un marco teórico amplio y dimensional en torno a los trastornos del espectro esquizofrénico y tal vez la desaparición en los manuales de diagnóstico psiquiátrico de los trastornos de personalidad, esquizoide y paranoide (Berrios, 2014; Hopwood y Thomas, 2012; Skodol et al., 2011; Harland, 2009).

La complejidad de los trastornos del clúster A hace que constituyan un grupo que comparte características fundamentales, como la percepción distorsionada de la realidad, la dificultad en la interacción social y los patrones de comportamiento particular. Comúnmente las personas que sufren de estos trastornos no buscan ayuda (Millon, 2011) y los que ingresan a tratamiento les cuesta confiar en los profesionales de salud debido a sospechas intencionadas (trastorno paranoide y esquizotípico) o emocionalmente son distantes debido a su bajo deseo de participar por una falta de emoción general (trastorno esquizoide) (Colli et al., 2014).

López et al. (2010) señalan las dificultades para conceptualizar estos trastornos dentro de un modelo específico, lo que complica la tarea de los psicoterapeutas al seguir las pautas de textos o manuales. Aunque los tratamientos basados en un protocolo psicoterapéutico científicamente validado siguen siendo más efectivos, encontrar un protocolo homologado para trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide sigue siendo un desafío. Los enfoques terapéuticos son variados e incluyen estrategias educativas, psicodinámica, psicoterapia de apoyo y terapia cognitivo-conductual; sin embargo, se ha observado que estos tratamientos no son universalmente efectivos, lo que subraya la necesidad de una revisión continua y una adaptación de los enfoques terapéuticos (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Una revisión sistemática y meta-análisis reciente ha evaluado la efectividad de tratamientos psicológicos y psicosociales en entornos comunitarios para personas con trastornos de la personalidad, proporcionando una perspectiva importante sobre la efectividad de estos tratamientos (Katakis et al., 2021). Además, se ha reconocido que ciertas dimensiones de los trastornos de personalidad, como la agresión impulsiva y la disfunción afectiva, pueden ser susceptibles a intervenciones farmacológicas, aunque actualmente no existen medicamentos aprobados específicamente para los trastornos del clúster A (Mental Health Clinician, 2016).

Es importante mencionar que los trastornos esquizoides, paranoides y esquizotípicos son difíciles de modificar, mientras que otros tipos de trastornos de la personalidad pueden llegar a obtener mayor eficacia de las intervenciones (Caballo, 2001).

Finalmente, en el DSM 5 TR (APA, 2022) se indica que los trastornos de personalidad del clúster A tienen una mediana de prevalencia del 3,6 por 100 en los estudios revisados. No existe variación alguna con respecto al DSM 5 (APA, 2014) en la descripción de los trastornos de personalidad que conforman el clúster A, ni tampoco en su sintomatología, que el DSM denomina «hechos» que avalarían la descripción general del trastorno. De este modo todos presentan dos criterios, A y B, el criterio B es el mismo para los tres trastornos, lo que indica que, a pesar de que la literatura científica destaca el trastorno esquizotípico de la personalidad como precursor de la esquizofrenia, el DSM 5 TR sigue considerando a los tres trastornos del clúster A, con la siguiente acotación (si bien el código del trastorno esquizotípico es F21).

© Ediciones Pirámide

No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. Nota: si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá previo, es decir, trastorno de la personalidad paranoide (previo) (APA, 2014, p. 649).

Los criterios A de cada trastorno del clúster A son los siguientes:

— Trastorno paranoide de la personalidad (criterio A) F60.0:

  Sospechas, sin suficiente base, de ser explotado o engañado por otros; preocupación con dudas injustificadas sobre la lealtad y veracidad de amigos o asociados; resistencia a confiar en otros, con temor infundado de dar información que pudiera ser usada en su contra; percibir amenazas u ofensas ocultas en comentarios o sucesos triviales; rencor persistente ante insultos, injurias o bagatelas que no se olvidan; percepción de ataques a la reputación (no notados por otros), con rápidas reacciones de cólera o de contraataque; cuestionamiento injustificado sobre la fidelidad del cónyuge o compañero(a) sexual (APA, 2022).

— Trastorno esquizoide de la personalidad (criterio A) F60.1:

  Falta de deseo y de disfrute para las relaciones íntimas, incluyendo el relativo a ser parte de una familia; elección frecuente de actividades solitarias; escaso o ningún interés para tener experiencias sexuales con otras personas; dificultad para derivar placer en las escasas actividades que realiza; carencia de amigos íntimos, aparte de sus familiares; indiferencia ante los halagos o críticas de los demás; y frialdad emocional o aplanamiento de la afectividad (APA, 2022).

— Trastorno esquizotípico de la personalidad (criterio A) F21:

  Ideas de referencia (excluyendo delusiones de referencia); creencias extrañas o pensamiento mágico que tienen efectos sobre el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales (por ejemplo, supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o el «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes); experiencias perceptivas insólitas, incluyendo ilusiones corporales (presencia de fuerzas extrañas o de personas que no están presentes); extravagancia del pensamiento y del lenguaje (por ejemplo, vaguedad, lenguaje metafórico, elaborado excesivamente, estereotipado); suspicacia o ideación paranoide; afecto inapropiado o constreñido; conducta peculiar, extraña o excéntrica; carencia de amigos íntimos o confidentes, salvo parientes en primer grado; ansiedad social desmedida que no se atenúa con la familiaridad, sino que tiende a relacionarse con temores paranoides y no con juicios negativos sobre sí mismo.

Método

Revisión sistemática

Se realizó una revisión sistemática. De un total de 349 artículos encontrados, se evaluaron 28 y posterior a la revisión de los criterios de inclusión y exclusión se trabajó con 20. Los criterios seleccionados fueron tratamientos efectivos para los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Sin embargo, se resalta la poca evidencia empírica por parte de los artículos (véase figura 1.1).

Una revisión sistemática y meta-análisis reciente ha evaluado la efectividad de tratamientos psicológicos y psicosociales en entornos comunitarios para personas con trastornos de la personalidad, proporcionando una perspectiva importante sobre la efectividad de estos tratamientos (Katakis et al., 2021). Además, se ha reconocido que ciertas dimensiones de los trastornos de personalidad, como la agresión impulsiva y la disfunción afectiva, pueden ser susceptibles a intervenciones farmacológicas, aunque actualmente no existen medicamentos aprobados específicamente para los trastornos del clúster A (Mental Health Clinician, 2021) (véase tabla 1.1).

Es importante mencionar que los trastornos esquizoides, paranoides y esquizotípicos son difíciles de modificar, mientras que otros tipos de trastornos de la personalidad pueden llegar a obtener mayor eficacia de las intervenciones (Caballo, 2001).

© Ediciones Pirámide

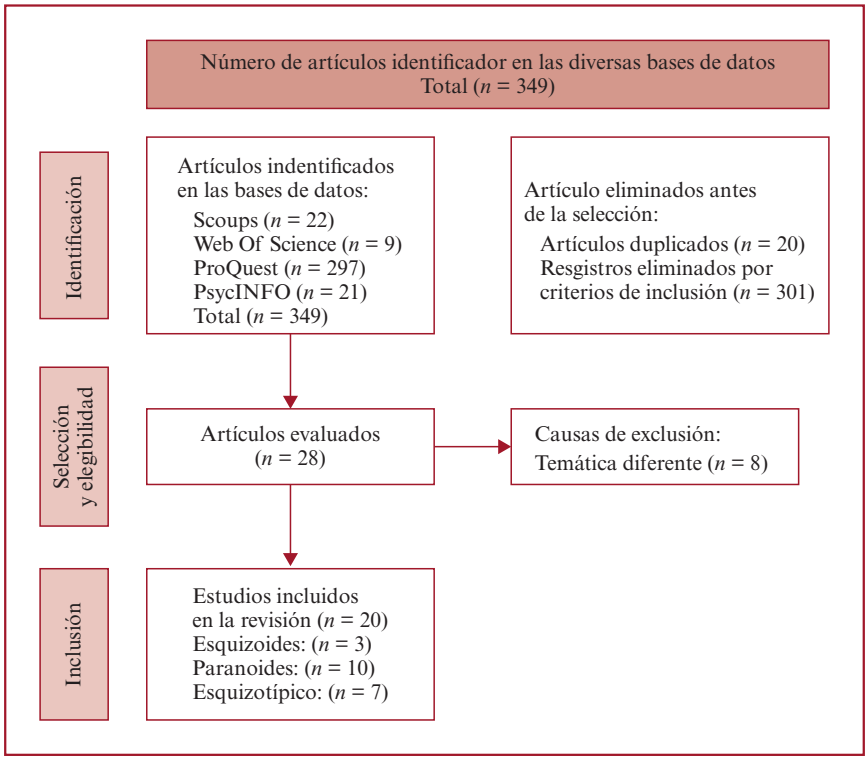


Figura 1.1.—Flujo de cribado.

TABLA 1.1

Artículos incluidos en la revisión

Autores	Trastorno de la personalidad clúster «A»	Tratamiento o estrategias terapéuticas
López et al. (2010)	Esquizoide	Enfoque en la identificación y modificación de esquemas nucleares y reglas de pensamiento disfuncionales, basado en la terapia cognitivo-conductual.
Perry et al. (1999)	Esquizoide y esquizotípico	Eficacia de la psicoterapia en general, con énfasis en la individualización del tratamiento y la importancia de construir relaciones.
Stone (1993)	Esquizoide y esquizotípico	No especifica procedimientos únicos, sugiere psicoanálisis para mejorar dentro del grupo ansioso/inhibido y técnicas cognitivas/conductuales en trastornos que requieren el establecimiento de límites y la mejora de hábitos desadaptativos.
Agnello et al. (2013)	Paranoide	Plantea la psicoterapia cognitiva individual a largo plazo y la terapia metacognitiva, explicando que la psicoterapia es el tratamiento a elección, pero que hay muy pocos estudios sobre la eficacia de las mismas.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1 *(continuación)*

Autores	Trastorno de la personalidad clúster «A»	Tratamiento o estrategias terapéuticas
Bartak et al. (2011)	Paranoide y esquizotípico	Realiza una comparativa entre el tratamiento ambulatorio, acudiendo a sesiones de psicoterapia individual (75 por 100) y grupal (25 por 100), con diversas orientaciones teóricas (50 por 100 ecléctico, 20 por 100 psicodinámico, 20 por 100 cognitivo-conductual y 10 por 100 otro). Mientras que el tratamiento hospitalario consistía en psicoterapia grupal como base, en combinación con terapias de grupo verbales y no expresivas, psicoterapia individual, socioterapia, entrenamiento para problemas sociales, reuniones comunitarias y farmacología. Obteniendo mejores resultados en el tratamiento hospitalario.
Bateman et al. (2015)	Paranoide y esquizotípico	Propone el tratamiento psicosocial como luz para el tratamiento de los trastornos de personalidad y recalca la falta de estudios empíricos y ensayos aleatorizados para la eficacia del tratamiento.
Bender (2005)	Paranoide	Se recalca la importancia de la alianza terapéutica en enfoques de tratamiento como la psicoterapia/psicoanálisis psicodinámico, las terapias cognitivo-conductuales y la psicofarmacología.
Caballo (2001)	Paranoide	Propone tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos de personalidad a largo plazo. Sin embargo, menciona que existe una falta de estudios empíricos para confirmar la utilidad o eficacia de los tratamientos.
Clarkin (2005)	Paranoide	Menciona que los estudios son muy cortos para evaluar la efectividad y que futuras investigaciones examinarán cómo las TCC interpersonales y psicodinámicas buscarán una mejoría en clientes con estos trastornos.
Eskedal (1998)	Paranoide	Plantea la utilización de técnicas de terapia de la realidad adaptado a cada cliente y enfoques de terapia cognitivo-conductual-racional, al igual que la combinación de intervenciones psicodinámicas y cognitivo-conductuales y tratamiento farmacológico.
Gabbard (2000)	Paranoide	Explica la dificultad de trabajar con clientes del clúster A debido a la comorbilidad con el clúster B. De igual forma, plantea que las terapias a emplear con estos clientes deben ser a largo plazo y señala especialmente la terapia psicodinámica y DBT.
Quiroga y Errasti (2001)	Paranoide	Si bien mencionan que no existen terapias eficaces para los trastornos de personalidad, sí indican que las terapias cognitivo-conductuales y la terapia de conducta clásica cuentan con avales empíricos para ser considerados tratamientos probablemente eficaces.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1 *(continuación)*

Autores	Trastorno de la personalidad clúster «A»	Tratamiento o estrategias terapéuticas
Roudsari (2015)	Paranoide	Menciona que el tratamiento farmacológico es el primer paso. La psicoterapia por otra parte, aunque no presenta evidencia, explica que la terapia cognitivo-conductual ayuda en cierto valor en una mejora a corto plazo. Resalta la poca información para tratamiento del trastorno delirante o paranoide.
De Leo y Meneghel (1999)	Esquizotípico	Existen pocos estudios de validación. Sin embargo, consideran que la DBT y la psicoterapia interpersonal pueden ser enfoques terapéuticos válidos para clientes de tercera edad con TP.
Dixon-Gordon et al. (2011)	Esquizotípicos	Plantean que, si bien los TP del clúster A no tienen datos empíricos con eficacia en estos trastornos, las intervenciones psicosociales deberían ser de primera línea de tratamiento.
Kirchner et al. (2018)	Esquizotípicos	Debido a la heterogeneidad de los estudios, no es posible realizar una recomendación de tratamiento basado en evidencia.
Leichsenring y Leibing (2003)	Esquizotípicos	Existe evidencia en la terapia psicodinámica y en la TCC como tratamientos eficaces para los TP. Sin embargo, los estudios del metaanálisis son limitados; por tanto, las conclusiones son preliminares.
Paris (2004)	Esquizotípicos	Plantean terapias centradas en rehabilitación y desarrollo social que coincidan de forma individual con cada cliente.
Suslow y Arolt (2009)	Esquizpotípicos	Resaltan la importancia de la alianza terapéutica para el tratamiento de estos trastornos.
Vergeul y Herbrink (2009)	Esquizotípicos	La terapia psicodinámica y la TCC ayudan a reducir síntomas y la patología de la personalidad, mejoran el funcionamiento social y ocupacional. Realizan énfasis en que hay mayor eficacia en psicoterapia a largo plazo.

2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Perfil cognitivo-conductual y principales creencias

Los trastornos de la personalidad esquizoides, esquizotípicos y paranoide representan un desafío significativo en el campo de la salud mental debido a sus complejas manifestaciones clínicas y su impacto en la calidad de vida de quienes los experimentan. Estos trastornos se caracterizan por patrones de pensamiento, comportamiento y afecto disfuncionales que pueden interferir con el funcionamiento social, laboral y personal de los individuos afectados.

Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad se caracterizan por percibirse a sí mismas como autosuficientes, solitarias e independientes, pero vulnerables al control de otros. Ven a los demás como intrusivos y controladores, lo que refuerza sus principales creencias nucleares y condicionales, tales como la idea de que «las relaciones

© Ediciones Pirámide

estrechas con otras personas son desastrosas» y que «pueden hacer mejor las cosas solos, sin el estorbo de los demás». Estas creencias llevan a reglas de autoinstrucción como «no te acerques demasiado» y «mantén la distancia», lo que subraya la importancia de una estrategia terapéutica que promueva la conexión emocional y social. Los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad tienden a externalizar y relacionarse con evasión más que con franqueza. Raramente buscan ayuda de profesionales psiquiátricos y, si lo hacen, es poco común que permanezcan en tratamiento por largos períodos (Stones, 1993). Las características las ejemplificaremos con Ana, mujer que trabaja como diseñador gráfico y pasa la mayor parte del tiempo sola en su casa. Aunque disfruta de su trabajo, rara vez socializa con sus compañeros de trabajo fuera del horario laboral y prefiere pasar las tardes y los fines de semana en casa, inmersa en sus proyectos personales. Ana rara vez expresa emociones abiertamente y suele mantener una actitud reservada y distante en las interacciones sociales. Aunque no le molesta estar sola, sus colegas pueden percibirla como alguien frío o poco accesible debido a su falta de interés en establecer relaciones sociales cercanas. Este comportamiento y estilo de vida son ejemplos de las características del TEP, que se manifiestan en la falta de deseo por las relaciones sociales y la expresión emocional limitada.

El trastorno paranoide se caracteriza por una desconfianza generalizada y un profundo sentido de sospecha hacia los demás, desencadenando aislamiento. Las personas con este trastorno tienden a interpretar las acciones de los demás como hostiles o maliciosas, sin tener en cuenta la evidencia o el respaldo de esos pensamientos. Para ejemplificar estas características analizamos a Pedro, quien tiene diagnóstico de TPP.

Pedro trabaja en una oficina y constantemente desconfía de sus compañeros de trabajo. Siempre está convencido de que están conspirando en su contra, incluso cuando no hay evidencia real que respalde sus creencias. Cuando su jefe le asigna una tarea adicional, Pedro interpreta esto como una maniobra para hacerlo fracasar y perder su empleo. A pesar de que sus compañeros de trabajo intentan ser amables con él, Pedro sigue convencido de que están tratando de sabotearlo en cada oportunidad. Esta desconfianza constante y la interpretación errónea de las intenciones de los demás son ejemplos claros de las características del TPP.

El trastorno esquizotípico de la personalidad (TEP) es un trastorno de la personalidad caracterizado por patrones peculiares de pensamiento y comportamiento, así como por dificultades en las relaciones interpersonales. A menudo tienen pensamientos poco convencionales o supersticiosos, así como un lenguaje peculiar y metafórico, tienden a mostrar comportamientos inusuales; por ejemplo, pueden vestirse de manera extravagante o tener rituales extraños en su vida diaria. Si bien, por lo general, presentan un deseo de tener relaciones sociales, a menudo experimentan ansiedad y dificultad para establecer conexiones cercanas con los demás (sentimiento de incomodidad en situaciones sociales). Pueden tener dificultades para expresar emociones de manera adecuada, dando la impresión de ser fríos, distantes o insensibles emocionalmente. Finalmente, aunque no llegan al nivel de delirios completos, pueden tener ideas paranoicas o paranormales, mostrando una gama de síntomas que se asemejan a los de la esquizofrenia, pero en menor intensidad; como ejemplo pondremos a María, mujer que prefiere pasar la mayor parte del tiempo sola en su departamento.

A menudo habla de sus creencias en poderes mágicos y la influencia de los astros en su vida. María tiene una manera peculiar de vestir, combinando colores y estilos de una manera que otros encuentran extraña. Aunque le gustaría hacer amigos, se siente incómoda en situaciones sociales y evita participar en actividades grupales. María también tiene la creencia de que puede leer las mentes de las personas a través de señales secretas que percibe en su entorno. Estos comportamientos y creencias son ejemplos de las características del TEP, que se manifiestan en el pensamiento, el comportamiento y la forma en que María se relaciona con los demás.

Evaluación y establecimiento de objetivos

Antes de iniciar cualquier intervención terapéutica, es fundamental realizar una evaluación completa y exhaustiva de la persona. Esta evaluación inicial permite al terapeuta comprender la naturaleza y la gravedad de sus comportamientos, así como identificar factores de riesgo, recursos y fortalezas. En el caso de los trastornos de la personalidad es-

© Ediciones Pirámide

quizoides, esquizotípicos y paranoide, la evaluación inicial puede incluir:

- Entrevista clínica estructurada: utilización de instrumentos estandarizados para recopilar información sobre la historia clínica, síntomas actuales, funcionamiento social y laboral, antecedentes familiares y experiencias de vida de la persona.
- Evaluación de comportamientos específicos: exploración detallada de las conductas características de cada trastorno, como la falta de interés en las relaciones sociales (trastorno esquizoide), las creencias y experiencias perceptivas peculiares (trastorno esquizotípico) y la desconfianza y la hipervigilancia (trastorno paranoide).
- Evaluación psicológica: empleo de pruebas psicométricas y evaluaciones de la personalidad para obtener una comprensión más profunda de la estructura de la personalidad de las personas y la presencia de problemas comórbidos.
- Evaluación de riesgo suicida o homicida: identificación y evaluación de cualquier riesgo potencial para la persona o para otros, así como la implementación de medidas de seguridad adecuadas si es necesario.

La evaluación y conceptualización del caso son pasos iniciales esenciales que guían el diseño del tratamiento y la selección de intervenciones apropiadas. Es esencial tener una familiaridad profunda con los criterios específicos y generales de los trastornos de la personalidad para evaluar adecuadamente la persistencia y el grado de deterioro del estado de la persona.

Un ejemplo práctico de esta evaluación inicial podría ser Ana, una mujer de 35 años referida a terapia por su comportamiento distante y su falta de interés en establecer relaciones interpersonales. Durante la entrevista clínica inicial, Ana revela que ha evitado las interacciones sociales significativas durante la mayor parte de su vida y que prefiere pasar tiempo sola en lugar de interactuar con los demás. A través de la evaluación psicológica se descubre que Ana presenta rasgos de personalidad esquizoides, incluida una marcada falta de deseo por la intimidad interpersonal. Esta evaluación inicial proporciona al terapeuta una comprensión sólida de los comportamientos y las necesidades de Ana, lo que guiará el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado.

Una vez completada la evaluación inicial, es crucial colaborar con la persona para establecer objetivos terapéuticos claros y alcanzables. Estos objetivos deben abordar los aspectos específicos del trastorno de la personalidad, así como los problemas relacionados con el funcionamiento social, laboral y personal. Algunos objetivos terapéuticos comunes para los trastornos esquizoides, esquizotípicos y paranoide pueden incluir:

- Mejorar el funcionamiento social y las habilidades de comunicación.
- Reducir la ansiedad social y la hipervigilancia.
- Fomentar la participación en actividades sociales y recreativas.
- Aumentar la identificación y comprensión de los pensamientos y comportamientos disfuncionales.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para manejar la desconfianza y los pensamientos paranoides.

Es importante tener en cuenta que los objetivos terapéuticos deben ser individualizados y adaptados a las necesidades específicas de cada persona. Además, es fundamental establecer expectativas realistas y proporcionar retroalimentación continua sobre el progreso hacia estos objetivos durante el curso del tratamiento.

En el caso de Ana, los objetivos terapéuticos podrían incluir la exploración de sus patrones de pensamiento y comportamiento asociados con el trastorno esquizoide, así como el desarrollo de estrategias para fomentar una mayor participación en actividades sociales y mejorar su funcionamiento interpersonal. Mediante la colaboración con Ana, el terapeuta pudo ayudarla a establecer objetivos terapéuticos específicos que aborden sus preocupaciones y aspiraciones individuales.

Consideraciones generales para el tratamiento

Enfoque individualizado: es fundamental un enfoque terapéutico individualizado, dado que los

© Ediciones Pirámide

trastornos de la personalidad del clúster «A» presentan una amplia variedad de manifestaciones. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades específicas de cada cliente, considerando sus síntomas y características personales.

Conexión emocional y social: las estrategias terapéuticas deben enfocarse en promover la conexión emocional y social, especialmente importantes dado el aislamiento que suelen experimentar las personas con estos trastornos. El establecimiento de una relación terapéutica sólida puede ser un desafío, pero es clave para el éxito del tratamiento.

Manejo de la resistencia al tratamiento: la resistencia puede ser una característica común en estas personas. El manejo de esta resistencia requiere paciencia, empatía y técnicas especializadas para motivarla hacia el cambio y la participación en el tratamiento.

Autoconciencia y comprensión de uno mismo: trabajar en la autoconciencia y la comprensión de uno mismo es crucial, ayudando a la persona a reconocer y comprender sus patrones de pensamiento, emociones y comportamientos, lo que puede facilitar cambios significativos en su vida.

Enfoque integral: puede ser beneficioso trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como psiquiatras, para ofrecer un enfoque integral y multidisciplinario para el cuidado del cliente.

Tratamiento: terapia cognitivo-conductual

El tratamiento propuesto por Beck et al. (2005) para los trastornos de personalidad, incluidos los del clúster «A», enfatiza la necesidad de una conceptualización específica del caso que permita al terapeuta comprender el comportamiento inadaptado de la persona y modificar actitudes disfuncionales. Esto implica la identificación y modificación de esquemas nucleares y reglas de pensamiento que rigen las conductas, con el objetivo de reemplazar creencias actuales desadaptativas por otras más funcionales.

El tratamiento recomendado para los trastornos de personalidad, en particular aquellos categorizados dentro del clúster «A», se centra en la terapia cognitivo-conductual (TCC) como lo proponen Beck et al. (2005). Este enfoque terapéutico subraya la importancia de desarrollar una comprensión detallada y específica de cada caso, lo cual es esencial para que los terapeutas puedan identificar y abordar efectivamente el comportamiento inadaptado. Según Beck et al. (2005), la estrategia clave en la TCC implica el reconocimiento y la posterior modificación de los esquemas nucleares y las reglas de pensamiento que dirigen el comportamiento de las personas. La meta es sustituir las creencias disfuncionales prevalentes por otras más adaptativas y funcionales. Este proceso no solo busca cambiar la forma en que la persona actúa en situaciones específicas, sino también transformar el marco subyacente de pensamiento que contribuye a su conducta inadaptada (Beck et al., 2005). En consecuencia, la TCC se presenta como un método integral que atiende tanto los aspectos conductuales como cognitivos del trastorno, proporcionando una vía hacia una mejora significativa en la calidad de vida de los clientes.

1. Trastornos de la personalidad: clúster A (esquizoide, paranoide y esquizotípico)

Alianza terapéutica: se ha resaltado la importancia de la alianza terapéutica antes de comenzar cualquier intervención, puesto que brinda una relación terapéutica sólida y de confianza con la persona. Esto implica crear un ambiente seguro y de apoyo donde se sienta cómoda para compartir sus pensamientos, emociones y experiencias. La alianza terapéutica debe ser personalizada en función de las principales características de cada persona (Andrade, 2005).

Educación sobre el trastorno: la psicoeducación proporciona a la persona información confiable sobre el trastorno, incluyendo síntomas característicos, posibles causas y la explicación del enfoque de tratamiento. Esto permitirá que comprenda mejor su condición y logre sentirse empoderado para abordar sus dificultades.

Identificación de pensamientos y conductas disfuncionales: mediante el análisis funcional de conducta y la técnica de la identificación de pensamientos automáticos se logrará reconocer patrones de conductas y pensamientos negativos o distorsionados que contribuyen a la sintomatología. Se puede realizar mediante un registro de conductas y pensamientos diarios.

Cuestionamiento socrático: una vez identificados las conductas y pensamientos automáticos disfun-

© Ediciones Pirámide

cionales, el terapeuta trabaja con la persona en desafiar y cuestionar la veracidad de estos pensamientos. La técnica del cuestionamiento socrático ayudará a explorar evidencias a favor y en contra de los pensamientos negativos.

Reestructuración cognitiva: a través de la reestructuración cognitiva el terapeuta ayuda al cliente a desarrollar pensamientos más realistas y adaptativos. Esto implica la identificación de distorsiones cognitivas comunes, como la sobregeneralización o la catastrofización, y la sustitución de estos pensamientos por alternativas más equilibradas y realistas.

Entrenamiento en habilidades sociales: dado que el trastorno esquizoide se caracteriza por dificultades en el funcionamiento social, se pueden enseñar habilidades sociales específicas para ayudar a la persona a mejorar sus interacciones interpersonales. Esto puede incluir técnicas de comunicación asertiva, resolución de conflictos y expresión emocional.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: se enseñan al cliente habilidades de afrontamiento efectivas para manejar la ansiedad y la desconfianza asociadas con el trastorno. Esto puede incluir técnicas de relajación, respiración profunda y reestructuración de pensamientos negativos.

Exposición gradual: para abordar la evitación social característica del trastorno esquizoide se puede emplear la técnica de exposición gradual. Esto implica exponer al cliente de manera gradual y controlada a situaciones sociales temidas o evitadas, ayudándolo a enfrentar y superar su ansiedad social.

Trabajo en la relación terapéutica: a medida que avanza el tratamiento, el terapeuta utiliza la relación terapéutica como un microcosmos para abordar las preocupaciones y las dinámicas relacionales del cliente. Se alienta a la persona a expresar sus sospechas y temores en relación con el terapeuta, lo que permite explorar y desafiar las creencias paranoicas dentro de un entorno seguro y de apoyo.

Fomento de la autonomía y la autoestima: se alienta a la persona a desarrollar un sentido de autonomía y autoconfianza a través del reconocimiento y la celebración de sus logros y fortalezas. Esto puede incluir el establecimiento de metas alcanzables y la celebración de los éxitos, por pequeños que sean.

Desarrollo de redes de apoyo: fomentar la participación del cliente en actividades sociales y recreativas que le brinden la oportunidad de conectarse con otros y desarrollar relaciones significativas. Esto puede incluir la participación en grupos de apoyo, actividades comunitarias o clubes de interés.

Uso de reforzadores positivos y negativos: reconocer y reforzar los logros y los esfuerzos del cliente en el proceso terapéutico. Se anima a la persona a establecer metas alcanzables y a celebrar sus progresos, lo que puede contribuir a mejorar su autoestima y motivación para el cambio.

Planificación de la prevención de recaídas: una vez que se han logrado mejoras significativas, se trabaja con la persona para desarrollar estrategias de prevención de recaídas y mantener los logros alcanzados a largo plazo. Esto puede incluir la identificación de señales de advertencia temprana, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y el establecimiento de un sistema de apoyo continuo.

Continuando con el ejemplo de Ana, el terapeuta podría decidir utilizar una combinación de TCC y terapia de grupo para abordar sus síntomas de distanciamiento social y falta de interés en las relaciones interpersonales. Durante las sesiones de terapia, Ana aprendería técnicas para identificar y desafiar sus pensamientos disfuncionales, así como estrategias para mejorar sus habilidades de comunicación y participar de manera más activa en actividades sociales.

2. Dificultades y resistencia al tratamiento

Las personas con trastorno esquizoide, paranoide y esquizotípicos de la personalidad pueden presentar resistencia al tratamiento, lo que requiere un esfuerzo considerable para modificar el pensamiento disfuncional. Es crucial trabajar en la autoconciencia y la comprensión de uno mismo, lo que implica un proceso largo y a veces tedioso. Las técnicas terapéuticas deben adaptarse a los modos particulares de incorporar y utilizar información sobre sí mismo, lo que subraya la importancia de un enfoque terapéutico flexible y personalizado.

3. Dificultades y contextos de aplicación específicos

Duración del tratamiento: la mayoría de las personas con trastornos de la personalidad no se recuperan rápidamente. Se sugiere que los tratamientos de me-

© Ediciones Pirámide

nos de un año de duración pueden ser más adecuados para tratar crisis, síntomas de angustia o un trastorno concurrente del eje I, mientras que los tipos de trastorno de la personalidad más graves probablemente requieran tratamientos más largos (Perry et al., 1999).

Evaluación específica: la evaluación debe ser integral, incluyendo la historia clínica, evaluaciones psicométricas y, si es posible, entrevistas con informantes clave. Debe enfocarse en el diagnóstico preciso del trastorno de la personalidad y la identificación de comorbilidades.

Perfil de la persona: las personas más apropiadas para el tratamiento son aquellas que muestran alguna capacidad para la introspección y la motivación para el cambio. Sin embargo, la terapia debe adaptarse para trabajar efectivamente con una gama más amplia de personas.

4. Dificultades y contextos de aplicación específicos

Duración del tratamiento: la duración del tratamiento para los trastornos del clúster A es una cuestión de debate entre los profesionales, aunque se reconoce que estos trastornos, por su complejidad, requieren de un abordaje a largo plazo. Bateman y Fonagy (2010) sugieren que los tratamientos breves pueden ser insuficientes para abordar la profundidad de los problemas estructurales de la personalidad, recomendando intervenciones de dos años o más para lograr cambios significativos en la estructura de personalidad. Este enfoque se apoya en la necesidad de un trabajo terapéutico profundo que permita no solo aliviar síntomas, sino también modificar patrones de comportamiento y pensamiento arraigados.

Evaluación específica: la evaluación específica para estos trastornos debe ser exhaustiva, abarcando múltiples dimensiones del funcionamiento del individuo. Livesley (2007) enfatiza la importancia de utilizar herramientas de evaluación que midan no solo síntomas, sino también capacidades funcionales, calidad de las relaciones interpersonales y niveles de angustia o sufrimiento. Esto implica el uso de entrevistas estructuradas, escalas de autoinforme, y, cuando sea posible, la obtención de información de fuentes colaterales para obtener una visión holística del cliente. Este proceso de evaluación detallada es fundamental para personalizar el tratamiento y establecer objetivos terapéuticos precisos.

Perfil de la persona: Stone (2006) señala que la terapia puede necesitar adaptarse para incrementar la motivación y fomentar la introspección, especialmente en clientes que inicialmente pueden ser resistentes o escépticos respecto al tratamiento. La flexibilidad y la capacidad de adaptación del terapeuta son cruciales para enganchar a estos clientes en el proceso terapéutico y ayudarles a ver el valor del cambio.

3. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto al concepto de clúster A, se considera un constructo abarcativo, con intención inclusiva de los trastornos de personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide, si bien existen aún numerosas lagunas teóricas que afectan indefectiblemente a la evaluación psicológica. Se ha pasado de la estigmatizante idea de raros y excéntricos a considerar que el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad está vinculado esencialmente con la suspicacia, el trastorno esquizoide de la personalidad con la asociabilidad y al trastorno esquizotípico de la personalidad con las creencias extrañas. La porosidad de la sintomatología los mantiene unidos. Los sistemas de clasificación psiquiátrica tienden a buscar validez divergente en los marcadores genéticos, neuroimagen, modelos animales y factores de riesgo sociofamiliares y psicosociales; en este sentido se destaca la necesidad de mayor investigación socioambiental con alto rigor metodológico.

En lo que respecta al tratamiento, queda mucho por hacer. En el aspecto farmacológico los tratamientos no son específicos y no parecen ser en absoluto eficaces y no son universalmente efectivos. A esta dificultad se une la generalidad de los tratamientos psicológicos, que, teniendo ya una amplia trayectoria, sobre todo en terapia cognitivo-conductual (TCC), no son explícitos en la mayoría de los trabajos científicos, resultando compleja la operacionalización de variables que intervienen en los mismos. La terapia por esquemas, reestructuración cognitiva, la mejora de las relaciones interpersonales y en el ámbito de las terapias contextuales, la DBT parece ser las terapia de elección.

Metodológicamente resulta una labor infranqueable encontrar ensayos clínicos aleatorizados, estudios experimentales o un elevado número de metaanálisis y estudios de paraguas para generar evi-

© Ediciones Pirámide

dencia suficiente en relación con los tratamientos psicológicos eficaces de los trastornos de personalidad del clúster A.

Probablemente en el futuro el trastorno esquizotípico de la personalidad ya no ocupe un lugar entre los trastornos de personalidad, sino como un trastorno más del espectro esquizofrénico; el primer paso está dado en el DSM 5 y de forma más avanzada en CIE 11. Tal vez una reestructuración de conceptos en términos conductuales ayude a clarificar los trastornos. Por ejemplo, el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno esquizoide de la personalidad comparten la evitación experiencial en su asociabilidad y la inflexibilidad cognitiva. Esto nos puede dar pistas en el enfoque de tratamiento.

Finalmente, se requiere un nuevo enfoque psicobiológico pero también conductual para un manejo más centrado en los síntomas, transdiagnóstico, idiográfico, inclusivo y contextual para lograr no solo una mayor eficacia sino también una mayor eficiencia de los tratamientos.

4. RECURSOS ADICIONALES

Para aquellos interesados en profundizar en los trastornos de personalidad, existen recursos valiosos como Medline Plus, que ofrece una visión general y específica por trastorno, ideal para psicoeducación (Medline Plus, s. f.). El *Manual de Psiquiatría* de Mirapeix (2021) proporciona un enfoque integrativo para el tratamiento de estos trastornos, destacando la importancia de la personalidad en la resolución de conflictos psicológicos. Adicionalmente, Mental Help Net y los *Manuales MSD* ofrecen información exhaustiva y recursos de autoayuda (Mental Help Net, s. f.; MSD Manuals, s. f.). Gálvez-Herrer et al. (2010) así como Jiménez-Benítez (2020) discuten la relevancia de la identificación y manejo de estos trastornos en diversos contextos, incluido el laboral y desde perspectivas dimensionales en psicopatología.

5. CASO PRÁCTICO

Estructura introductoria de tres entrevistas siguiendo el modelo de terapia cognitiva conductual (véase figura 1.2).

Presentación del caso

William, un hombre de 48 años, primogénito de padres que comparten un segundo grado de consanguinidad (son primos), llega a la terapia cognitiva conductual tras ser referido por su psiquiatra. La medicación actual no ha sido del todo efectiva, y

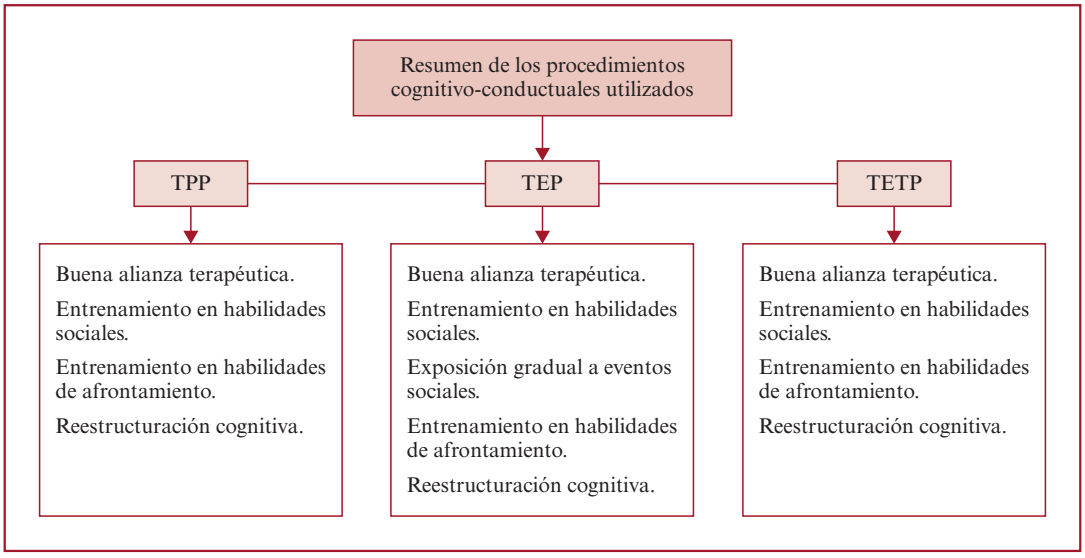


Figura 1.2.—Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados.

© Ediciones Pirámide

presenta un cuadro clínico dominado por síntomas paranoicos. Indica que sus padres desean quitarle la vida colocando veneno en su comida. Muestra dificultades para relacionarse con sus pares. Expresa que todas las personas a su alrededor se burlan de él.

Se muestra abordable, colaborativo. Orientado en tiempo, persona y espacio. Aparentemente tranquilo. Con lenguaje claro y comprensible. Sin presencia de ideación suicida. Sin ideas de daño a terceros; además, expresa malestar emocional y dificultad para regular sus emociones. Se observaba presencia de delirio erotomaníaco acompañado de un discurso coprolalico; además, el cliente expresa haber llevado a cabo comportamientos inapropiados con mujeres que prestan servicios domésticos en su hogar. Refiere que todas las personas a su alrededor son trabajadores sexuales y buscan tener relaciones sexuales con él o tratar de provocarlo para ello.

Comportamientos específicos

Delirios: presencia de delirio erotomaníaco, pues manifestaba que una vecina cerca de su domicilio estaba enamorada de él, información que se corroboró en entrevista familiar y esta fue negada.

Paranoia: creencia infundada de que su madre quiere envenenarlo, y percepción de hostilidad o rechazo por parte de vecinos y conocidos.

Aislamiento social: tendencia marcada a evitar interacciones sociales, exacerbada por sus creencias paranoicas.

Interpretación errónea de las intenciones de otros: patrón consistente de malinterpretar las acciones y las intenciones de las personas a su alrededor.

Ideación suicida, ansiedad y llanto fácil: indicativos de una posible depresión concurrente.

Pensamientos intrusivos de discriminación: creencia recurrente de ser discriminado y marginado.

Sesión 1

Objetivos específicos

El enfoque principal de esta sesión será establecer una relación terapéutica sólida con William y realizar un análisis funcional de sus conductas problema. Este análisis implicará identificar los siguientes elementos:

Antecedentes: investigar situaciones o eventos específicos que preceden a sus conductas problemáticas, como interacciones con su madre o encuentros con vecinos.

Variables organísmicas: examinar factores internos que pueden influir en su comportamiento, como creencias irracionales, estado emocional y posibles influencias de su medicación o condiciones de salud física.

Respuestas (conductas problemáticas): documentar las conductas específicas de William en respuesta a los antecedentes, incluyendo su aislamiento social, respuestas emocionales como el llanto fácil, y expresiones verbales de sus creencias paranoicas.

Consecuentes: determinar las consecuencias de estas conductas, tanto positivas como negativas, que pueden estar manteniendo o reforzando sus patrones de comportamiento. Esto puede incluir la reacción de otras personas, su propio alivio emocional o incremento de ansiedad.

Desarrollo de la sesión

Introducción a la sesión

Bienvenida a William y creación de un ambiente de aceptación y apoyo.

Explicación breve del enfoque y metodología de la terapia cognitiva conductual.

Explorar antecedentes personales, familiares y médicos relevantes.

Investigar la historia del problema actual, incluyendo la eficacia de tratamientos previos.

Evaluación de la adhesión al tratamiento y la relación con la medicación actual.

Recopilación de la historia clínica

Evaluación de riesgos: es fundamental evaluar el riesgo de autolesión o suicidio, dada la presencia de ideación suicida.

Establecimiento de confianza: desarrollar una atmósfera de seguridad y confianza será crucial para ganar la cooperación de William en el proceso terapéutico.

Manejo de la paranoia: abordar las creencias paranoicas y distorsiones cognitivas utilizando técnicas específicas de reestructuración cognitiva.

© Ediciones Pirámide

Colaboración con otros profesionales de la salud: coordinar el tratamiento de William con su psiquiatra y otros profesionales implicados.

Sesión 2

Objetivos específicos

Continuar fortaleciendo la alianza terapéutica: profundizar en la relación de confianza y seguridad con William.

Educación sobre el trastorno paranoide: proporcionar a William información detallada sobre su trastorno, ayudándole a entender mejor sus síntomas y el enfoque del tratamiento.

Comenzar la identificación de pensamientos y conductas disfuncionales: utilizar un análisis funcional para empezar a reconocer patrones disfuncionales en sus pensamientos y acciones.

Desarrollo de la sesión

Revisión de la sesión anterior y actualización del estado de William: iniciar con un repaso de los puntos clave discutidos previamente y cualquier cambio en su estado desde la última sesión.

Psicoeducación sobre el trastorno paranoide: discutir las características del trastorno paranoide, incluyendo la desconfianza generalizada y las interpretaciones erróneas de las intenciones de los demás.

Introducción al registro de pensamientos y conductas disfuncionales: explicar y proporcionar a William herramientas para registrar sus pensamientos automáticos y conductas asociadas, enfocándose en situaciones que desencadenan sus creencias paranoicas.

Breve introducción a la técnica de reestructuración cognitiva: comenzar a explorar cómo los pensamientos automáticos negativos afectan sus emociones y comportamientos.

Sesión 3

Objetivos específicos

Cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva: intensificar el trabajo sobre las creencias y pensamientos paranoicos de William.

Introducción al entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento: implementar técnicas básicas para mejorar su interacción social y manejo de la ansiedad.

Planificación de la exposición gradual: preparar a William para enfrentar gradualmente sus miedos y ansiedades sociales.

Desarrollo de la sesión

Análisis del registro de pensamientos y conductas: evaluar y discutir los registros completados por William, enfocándose en identificar patrones cognitivos y conductuales específicos.

Cuestionamiento socrático profundizado: guiar a William a través de un análisis más detallado de sus creencias paranoicas, utilizando el diálogo socrático para desafiar la validez de sus pensamientos automáticos.

Introducción a las habilidades sociales básicas: comenzar con ejercicios prácticos de comunicación asertiva y expresión emocional.

Técnicas de manejo de ansiedad: enseñar a William técnicas de relajación y respiración profunda para ayudar a controlar su ansiedad.

Preparación para la exposición gradual: discutir y planificar actividades controladas para enfrentar progresivamente situaciones sociales desafiantes.

Consideraciones generales para ambas sesiones

Mantenimiento de la relación terapéutica: es esencial continuar fortaleciendo la relación terapéutica, proporcionando un espacio seguro donde William pueda expresar sus preocupaciones y temores.

Enfoque en la autonomía y la autoestima: animar a William a reconocer sus logros, por menores que sean, fomentando su autoconfianza y autonomía.

Establecimiento de redes de apoyo: explorar opciones para incrementar su participación en actividades sociales y recreativas que le permitan conectar con otros de manera significativa.

Uso de reforzadores positivos: reforzar activamente los avances y esfuerzos de William, enfatizando la importancia de celebrar cada paso adelante en su tratamiento.

© Ediciones Pirámide

Terapia de conducta en los trastornos de la personalidad

2

MARÍA XESÚS FROXÁN PARGA
DANIEL ECHEVARRÍA ESCALANTE
GLADIS LEE PEREIRA

1. INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar a desarrollar el tema del capítulo, *Terapia de conducta y trastornos de personalidad,* consideramos relevante apuntar algunas de las cuestiones básicas que facilitan la comprensión del abordaje de estos desde una perspectiva conductual, a saber: qué se entiende por problemas psicológicos, qué es la terapia de conducta y cuál ha sido su evolución desde su nacimiento *oficial* a mediados del siglo pasado; y, por último, cómo se puede entender la personalidad (y, por tanto, sus trastornos) desde la perspectiva conductual.

La consideración de la psicología como una ciencia de la conducta facilitó la aparición de una nueva forma de explicar y cambiar el comportamiento; el nacimiento de la terapia de conducta y el desarrollo del enfoque conductual fue una reacción al modelo explicativo imperante de la *enfermedad mental,* así como al diagnóstico tradicional. En este sentido, el enfoque conductual responde a la necesidad de explicar, evaluar y tratar los problemas psicológicos —que no enfermedades mentales— a partir de la conducta y, por ello, incluye la terapia de conducta como forma de tratamiento, pero también la evaluación conductual, como forma de diagnóstico-evaluación y las asunciones teóricas del propio enfoque, como forma de explicación de las *psicopatologías*. ¿Cómo se explican los problemas psicológicos o, lo que sería equivalente, problemas de conducta? Pues de la misma forma que se explica cualquier otra conducta, identificando los procesos de aprendizaje involucrados en su aparición y desarrollo; se considera que la conducta problemática, *patológica,* no es distinta de la no problemática, sino que se aprende igual que esta y de la misma manera se puede *desaprender*. No podemos olvidar que cualquier comportamiento de un ser vivo que se mantenga a lo largo del tiempo está sirviendo para la adaptación a un contexto y se ha seleccionado debido a sus consecuencias reforzantes. Quiere esto decir que una conducta no puede ser «desadaptativa» ni «disfuncional», aunque debido a ciertas características (por ejemplo, sus consecuencias a largo plazo o el efecto que tenga sobre otras personas) pueda resultar problemática.

Los problemas psicológicos lo son en la medida que son comportamientos inadecuados para una persona y nuestro interés ha de centrarse en hacer una descripción detallada de los elementos que constituyen el problema y relacionarlos funcionalmente. Solamente a partir de la observación de la conducta (definida como interacción de la actividad de un organismo en un contexto), con base en los criterios valorativos relativos que cada individuo ha aprendido en su historia de aprendizaje particular, se podrá hablar de problema. Los problemas psicológicos no existen en la naturaleza del comportamiento en sí mismo, sino que lo son desde el momento en que se califican como tales; las distintas épocas, las distintas culturas y, por supuesto, la propia vivencia del individuo de estar teniendo un problema, señalan qué comportamientos son problemáticos en un contexto concreto para un individuo concreto. Es prácticamente imposible calificar así, sin referencia a un momento o a un contexto determinado, si un comportamiento es inadecuado, patológico o enfermo. Cosas que en un grupo social resultan problemáticas, en otro no lo son en absoluto; comportamientos que en una época son inadmisibles, en

© Ediciones Pirámide

otra posterior o anterior son perfectamente adecuados; o conductas que son calificadas de «normales» en un contexto cultural determinado pueden ser fácilmente calificadas como aberrantes en otro distinto. Es decir, calificar un comportamiento como inadecuado, enfermo o patológico solo puede hacerse desde el contexto cultural, social y temporal en el que se produce dicho comportamiento. En este sentido, la calificación de una conducta como patológica ha ido variando a lo largo de los tiempos, de forma paralela a la evolución de la humanidad. Y los llamados trastornos de personalidad han experimentado la misma evolución, incluyendo nuevas conductas en la misma etiqueta paralelamente a los cambios sociales.

La terapia de conducta es una forma de intervención encaminada a exponer a la persona que presenta un problema a nuevas situaciones de aprendizaje que permitan la modificación de algún comportamiento o la adquisición de otros nuevos que sustituyan a los anteriores problemáticos. El psicólogo organiza (bien directamente o bien a través de otras personas, incluida la misma que presenta la queja) las contingencias del medio estimular —y, en especial, las contingencias verbales establecidas en el contexto terapéutico— para posibilitar el aprendizaje de conductas no problemáticas y, con ello, la resolución de los problemas objeto de tratamiento. Este cambio en las contingencias del medio estimular incluyen, como se ha señalado, la actuación del terapeuta en el contexto clínico, de manera que puede actuar directamente sobre las conductas objeto de intervención además de instruir u organizar nuevas contingencias en otros contextos cotidianos. Durante años, la terapia de conducta con adultos ignoró o, al menos, no estudió de forma sistemática el control que podría adquirir el terapeuta sobre la conducta de la persona para modificar los problemas a los que se dirige la intervención. Fueron las denominadas *terapias de tercera generación* (evolución cronológica de la terapia de conducta, al fin y al cabo) las que reivindicaron el contexto terapéutico como un contexto tan natural como cualquier otro de la vida de la persona y en el cual se puede observar directamente la conducta problema.

De manera muy sintética, se puede definir una técnica conductual como un conjunto de estrategias, más o menos estructuradas o sistematizadas, que alteran las secuencias de aprendizaje que constituyen el problema en cuestión, generando nuevas secuencias comportamentales que implicarían una forma de interacción distinta, no problemática, de la persona con su contexto. El punto de partida de una intervención desde la terapia de conducta lo constituye la evaluación sistemática de los comportamientos que constituyen el problema, de manera que se pueda llegar a establecer una explicación funcional del mismo, desechando las etiquetas diagnósticas características de un modelo biomédico, donde la enumeración de los *síntomas* conduciría a la selección del tratamiento a aplicar. La metodología del análisis funcional es característica de la terapia de conducta e implica ir más allá de la mera descripción de los problemas para poder establecer cuáles son las posibles funciones de las conductas que lo componen y que hacen que dicho problema se mantenga. Desde esta perspectiva, un plan de tratamiento tendría más probabilidad de éxito si se ha establecido a partir de hipótesis funcionales obtenidas con base en la observación repetida de secuencias conductuales, eliminando al máximo las inferencias acerca de posibles causas *internas,* ya sean supuestas variables intervinientes (en la mayoría de los casos de tipo *cognitivo*) o elementos estables, inmodificables de la persona (por ejemplo, variables de *personalidad*).

Desde su aparición formal a finales de los años 50, el desarrollo de la terapia de conducta ha sido enorme, lo que ha permitido su consolidación como una de las orientaciones clínicas más importantes dentro de la psicología. El ímpetu investigador y el rigor en los planteamientos teóricos que caracterizaron sus orígenes —de forma que se llegó a pensar que desbancaría a todas las demás psicoterapias— se han ido perdiendo con el tiempo, por razones que, de acuerdo con Pérez-Álvarez (1996a), sin duda están relacionadas con la gran eficacia terapéutica demostrada que condujo a un abandono de la reflexión teórica; la base experimental que inicialmente se exigía a las técnicas conductuales se fue diluyendo con el paso del tiempo, hasta llegar a un punto en que el eclecticismo (teórico y técnico) se consideraba un valor, independientemente de que la explicación o la técnica propuestas fuesen congruentes con su base conceptual. No se puede entender la situación actual de la terapia de conducta sin conocer la evolución que experimentó desde su nacimiento hasta el momento actual, por lo que vamos a exponerla brevemente.

© Ediciones Pirámide

Mientras que en el campo aplicado las técnicas cognitivas (cognitivo-conductuales) tenían cada vez más audiencia, los principales autores conductuales acentuaban sus críticas a dicha vertiente: se empezó a cuestionar la fundamentación de los modelos cognitivos imperantes, la ausencia de definiciones operativas y la circularidad de muchos conceptos, así como el supuesto de que la actividad cognitiva determina los estados emocionales y la conducta sin excepción (Kanfer y Hagerman, 1987; Eysenck y Martin, 1987; Wolpe, 1990). La disociación creciente entre la psicología básica y la terapia de conducta propició que, al abordar problemas complejos que precisaban la inclusión de variables *cognitivas* —es decir, en su mayoría aquellas relacionadas con la conducta verbal privada— se utilizasen constructos y técnicas con escasa fundamentación teórica, alejadas del laboratorio (por ejemplo, distorsiones cognitivas, creencias irracionales, etc.) y justificadas por la experiencia clínica más que por la base teórica o experimental. La ausencia de base experimental de los métodos de intervención empleados y su fundamentación en la experiencia clínica podría hacer de la terapia de conducta una psicoterapia más, ya que perdería su característica básica, que era la fundamentación experimental. La terapia de conducta, en ese momento, estaba dividida en dos mundos totalmente diferenciados: los terapeutas de conducta (analistas de conducta), que seguían exigiendo a la intervención clínica las mismas condiciones de control que en los primeros años desde su nacimiento, lo cual obligaba a restringir su campo de actuación a aquellos problemas que lo permitían, por ejemplo los problemas del espectro autista; y, por otra parte, aquellos otros que ampliaron su campo de intervención a cualquier problema clínico, relajando sobremanera las exigencias de control así como las variables explicativas tanto de los problemas psicológicos como del funcionamiento de las estrategias de tratamiento, constituyendo la llamada terapia cognitivo-conductual. Planteada la situación de esta manera, la terapia de conducta nunca podría ocuparse de los trastornos de personalidad, ya que no se cumpliría ninguna de las exigencias requeridas.

La pregunta que cabe formularse es si la alternativa consiste en limitarse a un tipo de problemas que permite intervenir en contextos donde se manejan las contingencias directas del comportamiento o, por el contrario, alejarse de sus principios fundacionales y dejarse llevar por la debilidad teórica y experimental del modelo cognitivo-conductual. La solución llegó a finales de los años 80, de la mano del desarrollo de las terapias contextuales, más conocidas actualmente como terapias de tercera generación. En este momento se alzaron fuertes voces reclamando la clarificación de la intervención conductual, tanto en lo que se refiere a aspectos teóricos como metodológicos y prácticos. Esto quiere decir que, frente al eclecticismo dominante, en la siguiente década se empezaron a producir serios intentos de análisis de los principios, enfoques y técnicas incluidos en el amplio campo de la terapia cognitivo-conductual. Se comienza a investigar sobre el proceso terapéutico, los efectos de las habilidades del terapeuta, la utilización del lenguaje en terapia y la relación terapeuta-consultante. Y, lo que resulta de enorme importancia para la intervención conductual, se empezó a considerar que lo único necesario para resolver el problema de la persona se da en la misma sesión de tratamiento, esto es, la conducta tal como se manifiesta allí es la conducta problema en sí misma. Ello implicaba cumplir con las condiciones de control exigidas a la terapia de conducta, que rechazaba la intervención sobre la mayoría de los problemas clínicos porque consideraba que las conductas problema tratadas en sesión no eran observadas directamente por el terapeuta, sino que se presentaban en un contexto cotidiano y, por tanto, fuera del control del psicólogo.

Por otra parte, se recurre al análisis de la conducta verbal para explicar los acontecimientos privados, planteándose que cuando un sujeto verbaliza emociones o pensamientos, no hay que utilizar tales verbalizaciones para explorar un presunto mundo interior sino estudiarlas como conductas en sí mismas, especificando las condiciones que las hacen posibles y las funciones que tienen (Skinner, 1957). Desde esta perspectiva, lo cognoscitivo no sería algo ajeno o diferente de lo conductual, sino que consistiría en una propiedad inherente al ejercicio mismo de la conducta (Pérez, 1996a), frente a la perspectiva representacional del enfoque cognitivo, que entiende que la conducta serviría para conocer una realidad distinta, la realidad cognitiva (planteamiento dualista).

Las conductas verbales se definen como clases funcionales operantes, referidas a la naturaleza genérica de los conceptos de estímulo y respuesta, esto es, diversos estímulos o respuestas que tienen la misma función. La conducta verbal puede ser contro-

© Ediciones Pirámide

lada por reglas (especificaciones verbales de contingencias) o controlada por contingencias directas. Cuando las reglas que especifican las respuestas apropiadas son moldeadas (gobernadas por contingencias), resultan más efectivas que las reglas que meramente describen las contingencias relevantes. De acuerdo con Catania et al. (1990), moldeando lo que la gente dice acerca de lo que hace parece ser una forma más efectiva de cambiar su conducta que, incluso, si se moldea la conducta directamente y, desde luego, que si se dan las instrucciones para que se haga. El moldeamiento de la conducta verbal es una potente técnica de cambio de la conducta (Kohlenberg et al., 1993): primero, en las situaciones clínicas es más fácil moldear lo que se dice que lo que se hace; segundo, la conducta verbal moldeada puede corresponderse mejor con el comportamiento al que se refiere que la conducta instruida o informada. Este planteamiento respecto a la conducta verbal es el que siguen todas las terapias desarrolladas en el marco del enfoque contextual; conciben el proceso terapéutico como un proceso dialéctico, en el que la marcha de este es una función de las contingencias habidas en cada momento en un marco de actuación abierto que permite que ciertas formas de comportamiento de la persona queden seleccionadas por las contingencias generadas por el terapeuta. Pero podemos encontrar en este manual capítulos específicos que presentan el abordaje de los trastornos de personalidad desde las terapias contextuales, por lo que remitimos al lector a aquellos donde podrá encontrar amplia información sobre el tema. Sin embargo, no podemos olvidar que estos modelos terapéuticos son una evolución de la terapia de conducta, por ejemplo la psicoterapia analítico funcional (PAF o FAP, por sus siglas en inglés; Kohlenberg y Tsai, 1990) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes et al., 1999), y que mantienen, en algunos aspectos, una gran similitud con aquella: la consideración del análisis funcional como la base de la intervención psicológica, la conceptualización de los problemas psicológicos como formas de adaptación de la persona a su contexto, la eliminación de las etiquetas diagnósticas o la explicación centrada en el *aquí y ahora* son elementos comunes a estas formas de intervención y que son compartidas, precisamente, porque forman parte de un tronco común. Sin embargo, en el momento actual las distintas *ramas* de ese tronco cuentan con características diferenciales que justifican sobradamente la presencia de un capítulo propio.

Cabe entonces preguntarse qué es en la actualidad la terapia de conducta, qué queda en el momento actual de la forma de intervención primigenia de los años 50 y 60. Y para dar respuesta a esta pregunta, y después de haber hecho un breve recorrido histórico de su evolución, podemos concluir que la terapia de conducta no es otra cosa que una forma de intervención basada en los principios filosóficos del conductismo radical y, como hemos dicho al principio de este capítulo, con una metodología propia y característica, el análisis funcional y un conjunto de estrategias que buscan modificar las secuencias de aprendizaje que constituyen el problema en cuestión. Que este problema sea denominado trastorno de personalidad, trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, sería una cuestión menor para la terapia de conducta, ya que, sea la etiqueta que sea, la intervención solo cobraría sentido desde la identificación de la funcionalidad de los comportamientos de la persona y nunca desde su morfología. Atendiendo a lo que acabamos de plantear, podríamos resumir la esencia de la terapia de conducta en la aplicación de operaciones conductuales básicas para problemas psicológicos (Hayes et al., 1995; Pérez-Álvarez, 1996b). Se denominan básicas porque son las características del análisis experimental de la conducta y serían las siguientes: observación, presentación de estímulos (ambas forman parte de la evaluación), disposición de consecuencias (manejo de contingencias), disposición de control antecedente (introducción de algún estímulo cuya presencia afecta la probabilidad de cierta conducta), establecimiento de funciones motivacionales (tipo de control antecedente que altera la efectividad del reforzador) y alteración funcional mediante reglas (control contextual de las relaciones contingenciales establecidas).

A la hora de hacer el análisis funcional, especialmente en los trastornos de personalidad (dado que el término personalidad lleva implícito el aprendizaje y consolidación de una serie de conductas), es importante tener en cuenta que cada persona es producto de su historia (de su comportamiento pasado) y su conducta actual está controlada por el contexto; por ello, el cambio del comportamiento se hace por medio de cambios sistemáticos en las contingencias

© Ediciones Pirámide

y/o por la introducción de fórmulas verbales que alteran o transforman las funciones, en el sentido explicado anteriormente. No solo las contingencias directas sino también las fórmulas verbales (instruidas o moldeadas) producen nuevos comportamientos y alteran las funciones o relaciones entre estos, sin entrenamiento explícito o contingencias directas (Hayes et al., 1995). Lo que el terapeuta haga, independientemente de que sepa qué está haciendo, en relación con los comportamientos de la persona, son contingencias que operan directamente sobre las clases operantes mantenedoras de las respuestas a las que el terapeuta ha reaccionado. Para la terapia de conducta es especialmente relevante atender a cómo la persona aprendió a relacionar sus comportamientos, sobre todo «decir» y «hacer»; esto es, cómo aprendió a percibir y a hablar de sentimientos (estar triste, estar enfadado...) y, lo que es más importante, cómo aprendió a reaccionar ante tales sentimientos (considerados como estímulos aversivos). En muchas ocasiones, tales pensamientos o estados disposicionales son elementos de control de ciertas actuaciones y, en ese caso, dan la apariencia de causas del comportamiento sin serlo en absoluto: un individuo puede decir «No salgo porque estoy triste», entendiendo que la causa de no salir es la tristeza. Los eventos privados no causan la conducta manifiesta, sino que ellos mismos son conducta, adquiridos en la interacción con las personas que nos rodean y mantenidos por los mismos indicios contextuales que cualquier otra conducta. Por ello, tampoco se considera que los eventos privados sean el problema ni la causa de este, aunque se tienen en cuenta para el cambio y para la terapia. Por ello, el objetivo es determinar el contexto en el que ciertos eventos privados están asociados con respuestas manifiestas para luego cambiar ese contexto, ya sea a través del manejo directo de las contingencias que mantienen la clase operante o bien sea por medio de diferentes estrategias que colocan la relación antigua en un nuevo marco o contexto verbal que, si realmente es distinto, debe alterar la función de relación previa entre los comportamientos (tal como plantean las terapias contextuales y se explica en los capítulos correspondientes de este manual).

Por último, la intervención conductual tiene una vertiente eminentemente preventiva, de forma que no solo exige que se cambie el comportamiento en el sentido deseado por la persona, sino también que se aprendan reglas que permitan afrontar problemas similares en el futuro. Una intervención psicológica se da por terminada cuando, en primer lugar, se han cumplido los objetivos terapéuticos, es decir, se ha eliminado el comportamiento o comportamientos problema y/o se ha aprendido un comportamiento nuevo; en segundo lugar, la persona considera que, de darse de nuevo circunstancias similares a las relacionadas con el problema que le llevó a pedir ayuda, sabe identificar qué estrategias se han utilizado para resolverlo y se siente capaz de reproducirlas en momentos posteriores, en el caso de ser necesario; y en tercer lugar, cuándo la persona se ha encontrado en contextos en los que se han iniciado las conductas problema y por sí sola ha sabido tomar determinaciones adecuadas para afrontar y resolver la situación. Al finalizar la intervención, la persona ha de haber adquirido una serie de repertorios básicos que le permitan afrontar otras situaciones problemáticas en un futuro.

Y al hablar de repertorios básicos de conducta tenemos que hablar necesariamente de personalidad. La personalidad, entendida en la línea de, por ejemplo, Allport (1961), como *constructo más allá de lo observable,* inferida a partir de fenómenos que sí pueden ser observados y capaz de explicar tales fenómenos, está en franca oposición con el modelo conductual; sin embargo, una conceptualización de la personalidad similar a la de Mischel y Shoda (1995), Ribes (1990) o Santacreu et al. (2002), entendida como variable observada a través de comportamientos específicos, concretamente de aquellos que puedan ayudar a definir —o ser muestra— del patrón habitual de comportamiento y que hay que operativizar en parámetros cuantificables que permitan su medición, es perfectamente congruente con el modelo conductual.

El punto de fricción entre terapia de conducta y psicología de la personalidad se establecería entonces con aquellas corrientes dentro de esta última que cuestionan la posibilidad de cambio en la personalidad, tema que ha generado múltiples debates por parte de los teóricos del área (Heatherton y Weinberger, 1994). Por ello, determinados enfoques dentro de la psicología de la personalidad, como el modelo del rasgo o versiones posteriores del mismo —por ejemplo, el modelo de cinco factores de McCrae y John (1992)— no comparten posiciones comunes con la terapia de conducta. Sin embar-

© Ediciones Pirámide

go, enfoques como el conductismo psicológico de Staats (1975, 1983), la teoría de la personalidad de Ribes (1990), enmarcada en el interconductismo kantoriano (Kantor, 1959) o el modelo de Santacreu et al. (2002), que se nutre igualmente de aquel, son perfectamente compatibles con sus planteamientos teóricos. Ambos autores —Staats y Ribes— mantienen una postura interactiva de la personalidad, sin que esto quiera decir en absoluto que defiendan las mismas posiciones. Staats (1996), desde el conductismo psicológico, considera que la personalidad está constituida por repertorios básicos de conducta que el individuo va aprendiendo a lo largo de su vida. Su teoría distingue *tres sistemas de personalidad* (lingüístico-cognitivo, emocional-motivacional y sensorial-motor) que es posible analizar a partir del estudio de la conducta. Este autor no reduce la interacción a los clásicos elementos conducta-ambiente, sino que la *disecciona* en los diversos elementos que considera que pueden tener algún peso: los repertorios básicos de conductas, las condiciones ambientales en que fueron adquiridos, las condiciones biológicas que han podido influir en la adquisición de los repertorios y las condiciones organísmicas que están influyendo en la conducta presente. Por su parte, Ribes (1990) se plantea el estudio de la personalidad como «estilos interactivos» que probabilizan, en alguna medida, una interacción concreta en un contexto. Hay un acuerdo generalizado en considerar que los estilos interactivos son formas de comportamiento que se llegan a establecer después de sucesivas interacciones en contextos en los cuales se desconoce la relación de contingencia entre las respuestas y los estímulos; una experiencia amplia de este tipo de interacciones facilitará el desarrollo de estilos de comportamiento estables, lo que comúnmente se denomina *personalidad.*

1.1. Trastornos de personalidad desde la perspectiva conductual

Quizás la principal aportación de la perspectiva conductual a la intervención sobre los trastornos de personalidad sea su planteamiento en términos funcionales. Por muy precisos y detallados que sean los diversos enfoques, modelos y estrategias que se han desarrollado, se mantienen en el campo de la descripción, es decir, se centran en *qué ocurre*, sin llegar a plantearse la explicación, esta es, *por y para qué ocurren;* al quedarse en los aspectos formales de las conductas se corre el riesgo de abordar de la misma manera descripciones similares que pueden estar mantenidas por mecanismos muy diferentes. La intervención conductual sobre cualquier problema psicológico, como hemos expuesto en páginas anteriores, exige la comprensión de estos como intentos de adaptación de una persona a su contexto y no como un producto de un desequilibrio neuroquímico o de alguna instancia interna inferida a partir de la conducta pública. Se trataría de analizar los elementos que controlan las conductas incluidas en el diagnóstico: en lugar de utilizar taxonomías como elementos explicativos, el terapeuta utiliza la metodología del análisis funcional para detectar la variabilidad asociada a la conducta de interés; por ejemplo, «un patrón dominante de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía» (trastorno de la personalidad narcisista; DSM-5-TR, APA 2022, p. 761), puede tener funciones muy diferentes en distintas personas o, incluso, en una misma persona a lo largo de su historia de vida. Mientras que los criterios categóricos son poco informativos y pueden distraernos de analizar las clases de respuesta importantes para el análisis, la alternativa conductual permite entender estos comportamientos como un todo, explicándolos funcionalmente desde una aproximación idiográfica (Dougher, 2000).

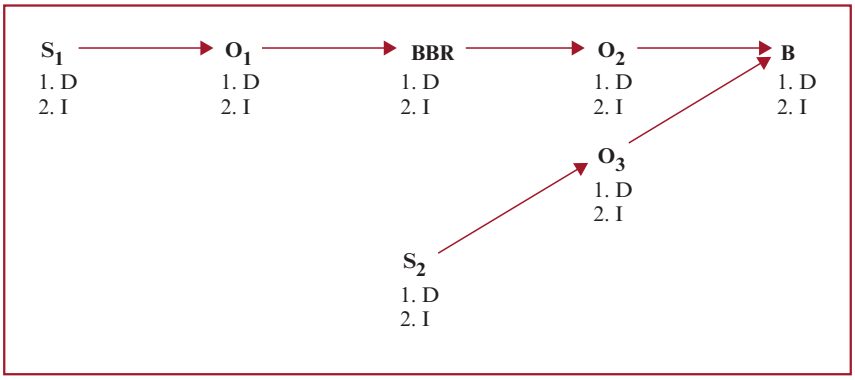
Desde el marco analítico-conductual, surgen diferentes aproximaciones a los trastornos de personalidad a lo largo del desarrollo de la terapia de conducta. Por ejemplo, Koerneret et al. en 1996 ofrecen una perspectiva funcional de los trastornos de personalidad basada en el «yo». Estos autores destacan la necesidad de analizar las conductas según las clases de respuesta específicas de cada caso, olvidando la perspectiva de rasgo, y analizando funcionalmente «el yo» de los consultantes. Más específicamente, esta aproximación abordaría las experiencias únicas de entrenamiento en discriminación a lo largo de las distintas historias de aprendizaje de los consultantes, analizando además la conducta verbal en interacción con eventos privados y contingencias directas como referente para el desarrollo de la concepción del yo. Para estos autores, una práctica imprescindible es la evaluación de

© Ediciones Pirámide

la fuente estimular de la que proceden los reforzadores asociados a la conducta privada. Según ellos, el control estimular externo de conductas como pensar o recordar (por ejemplo, descripciones acerca del yo reforzadas por la opinión, deseo o creencia de otros), estaría asociado con relaciones interpersonales más caóticas y dependientes de la aprobación de los demás (Koerner et al., p. 1174). Además de la inclusión del análisis del concepto de yo, Follette (1997) destaca la importancia de analizar la conducta relacional y la adecuación de las contingencias que controlan un funcionamiento interpersonal en línea con los objetivos de los consultantes. Con la finalidad de generar una clave discriminativa para identificar las relaciones funcionales implicadas en los trastornos de personalidad, Follette et al. (1993) desarrollan una taxonomía de evaluación basada en el análisis experimental de la conducta en la que el control discriminativo, el control contingente, el repertorio establecido de respuesta y la calidad del aprendizaje en clases de equivalencia son las dimensiones más relevantes a tener en cuenta. Por ejemplo, la evaluación de un consultante con un «patrón permanente de emotividad excesiva y demanda de atención» (trastorno de la personalidad histriónica, DSM-5-TR; APA, 2022, p. 761), debería abarcar información, entre otros muchos aspectos, acerca de la habilidad de la persona para identificar oportunidades de interacción social, si las reconoce como amenazantes, si logra solucionar conflictos o los empeora, si los estímulos reforzadores condicionados a través de su historia de aprendizaje son aceptados socialmente o si alguna experiencia desagradable de su pasado influye significativamente en cómo la persona se comporta en situaciones similares en las que no están presentes los elementos de aquella. En esta línea, Nelson-Gray y Farmer (1999) destacan que, para entender estas interacciones sociales, es imprescindible hacer un análisis de la historia de aprendizaje del individuo. Explican cómo el comportamiento puede ser influenciado por el contexto específico en el que ocurre, en contra de la consideración de los trastornos de personalidad como problemas caracterizados por su consistencia y estabilidad más allá de las circunstancias ambientales. Según ellos, la clave está en el análisis de la historia de aprendizaje. Si la conducta ha sido reforzada en el pasado y el individuo se encuentra en un contexto funcionalmente equivalente, es probable que la conducta persista. Además, sostienen que un repertorio conductual mantenido a lo largo de múltiples ensayos de aprendizaje y en situaciones con una alta diversidad topográfica puede volverse estable a lo largo del tiempo e incluso rígido, es decir, muy resistente al cambio aunque cambien las contingencias ambientales (Nelson-Gray y Farmer, 1999, p. 352). Esta rigidez, dicen los autores, no sería característica definitoria de los trastornos de personalidad, sino que podrían participar de ella, en igual o incluso mayor medida, personas que no tienen este diagnóstico.

Para finalizar este apartado tenemos que destacar una de las perspectivas más influyentes sobre los trastornos de personalidad, planteada por Staats (1996, 1999). Según este autor, para evaluar funcionalmente las conductas asociadas al diagnóstico de trastorno de personalidad es necesario ir más allá de un análisis *puramente skinneriano,* e incluir en la evaluación funcional el estudio de las emociones, variables orgánicas y procesos de condicionamiento clásico (Staats, 1999). Como se puede observar en la figura 2.1, el modelo de personalidad propuesto por Staats incluye conductas estables reconocidas como «personalidad» (BBR), y la influencia del contexto actual novedoso en continua interacción con este repertorio conductual previamente establecido (S-O). En lugar de realizar un análisis lineal, Staats busca representar la interactividad entre los eventos conductuales y cómo diversos momentos en la historia de una persona pueden afectar en el desarrollo de problemas de personalidad. Por ejemplo, un cambio en O1 tras el uso inapropiado o abuso de sustancias alucinógenas afectará el moldeamiento de la personalidad, lo que a su vez también afectará a las condiciones organísmicas posteriores (O2) y, por tanto, a la conducta de interés (B). Dentro de las diversas condiciones que señala como importantes para la comprensión de los trastornos de personalidad, destaca como especialmente relevantes el estudio de las emociones y la conducta verbal. Este autor considera que un análisis funcional de las emociones ha de incluir los procesos de condicionamiento clásico y operante involucrados en la conducta verbal, y de esta manera se podrían explicar los problemas incluidos dentro de esta etiqueta, como por ejemplo el trastorno de personalidad narcisista o el trastorno de personalidad antisocial (Staats, 1975).

© Ediciones Pirámide



B = conducta problemática del individuo; BBR = personalidad del individuo; D = déficit; I = inapropiado; O_1 = estado orgánico del individuo durante el aprendizaje de las BBR; O_2 = estado orgánico del individuo después del episodio de aprendizaje; O_3 = estado orgánico del sistema sensorial del momento actual; S_1 = ambiente de aprendizaje pasado; S_2 = ambiente de aprendizaje actual.

FUENTE: figura elaborada de The psychological behaviorism model of abnormal behavior (B), de Staats, A. W. (1999). Valuable, but not maximal: It's time behavior therapy attend to its behaviorism. *Behaviour Research and Therapy, 37*(4), p. 372.

Figura 2.1.—Modelo psicológico de Staats sobre la conducta problemática.

1.2. Tratamiento de los trastornos de personalidad desde la terapia de conducta

Desde los inicios de la terapia conductual, los comportamientos que se incluyen en cualquiera de los problemas categorizados como *trastorno de personalidad* han sido abordados, como no podía ser de otra manera, a partir de su operativización en términos observables y medibles. A pesar de que la American Psychological Association (APA), basándose en los criterios establecidos por Chambless y Hollon (1998), aún no reconoce tratamientos empíricamente validados para los trastornos de personalidad en su conjunto, la terapia conductual ha demostrado ser una herramienta poderosa, especialmente cuando se examina la eficacia y efectividad siguiendo la tradicional metodología de caso único (APA, 2024; Quiroga y Errasti, 2013).

La terapia dialéctica conductual o conductual dialéctica (TCD, más conocida por sus siglas en inglés, DBT), desarrollada por Marsha Linehan (1987), es un ejemplo sobresaliente de esta efectividad. La TCD ha recibido el reconocimiento de la APA como un tratamiento con «fuerte apoyo empírico» para el trastorno límite de personalidad (TLP; APA, 2024). Este enfoque terapéutico no es considerado estrictamente como terapia de conducta, aunque se caracteriza por ser un tratamiento de orientación conductual que combina elementos de la psicopatología, técnicas cognitivas y estrategias de culturas no occidentales bajo un marco conductual (Linehan, 1987). Según los resultados extraídos de estudios de eficacia y efectividad, los consultantes aprenden a manejar y tolerar emociones intensas, mejorando así la calidad de sus relaciones interpersonales y disminuyendo comportamientos como autolesiones y conductas suicidas.

Más allá de la TCD, otras estrategias conductuales han mostrado ser efectivas en el manejo del TLP. Por ejemplo, la terapia de conducta tradicional, bajo los criterios de evaluación de validez empírica en estudios de caso único, también es considerada un «tratamiento probablemente eficaz» para esta problemática (Quiroga y Errasti, 2013). Técnicas como el reforzamiento diferencial y la economía de fichas se han utilizado para modificar comportamientos problemáticos, incrementando la frecuencia de las conductas objeto de tratamiento y reduciendo el malestar de los consultantes (Kush, 1995). Por ejemplo, en los trabajos de Kush (1995) y Bloxham et al. (1995) podemos observar cómo la intervención basada en estrategias de aprendizaje clásico y operante reduce conductas de autolesión, baja ingesta de alimentos y comportamiento suicida. También se puede contrastar la efectividad de la utilización del

© Ediciones Pirámide

tiempo fuera para la modulación de la expresión de afecto, donde el consultante puede calmarse sin recibir una atención que podría reforzar el comportamiento problemático.

En el caso del trastorno de la personalidad evitativa, la terapia conductual se ha utilizado con frecuencia para abordar los «patrones de evitación» y la «ansiedad social» descritos en dicho trastorno (Quiroga y Errasti, 2013). Los estudios longitudinales han demostrado la eficacia de estrategias como la exposición con prevención de respuesta, la activación conductual y el contracondicionamiento, donde los consultantes se exponen gradualmente a situaciones sociales, aprendiendo a manejar la ansiedad e incrementando su participación en la vida social (Gordon-King et al., 2017; Stravynski y Shahar, 1983; Stravynski y Greenberg, 1985; Stravynski et al., 1989; Stravynski et al., 1994).

Para el trastorno de la personalidad antisocial, las intervenciones conductuales se han enfocado en el desarrollo de habilidades sociales y empatía, con programas que enfatizan la responsabilidad personal y la comprensión de las consecuencias de las acciones propias (Bowers et al., 2000; Jones et al., 2000). Estos programas suelen incluir economía de fichas y reforzamiento diferencial de conductas prosociales durante las sesiones terapéuticas y en los contextos cotidianos del individuo.

Para los trastornos de la personalidad histriónica y narcisista, la FAP se ha mostrado efectiva para modificar conductas como las «creencias grandiosas», «búsqueda de atención» o de «desajuste social» características de estos diagnósticos (Busch et al., 2009; Callaghan et al., 2003). El énfasis de este tratamiento se pone sobre la relación interpersonal de los consultantes. La estrategia principal de intervención es el reforzamiento diferencial de las conductas objetivo dentro de sesión, siendo la propia interacción terapéutica considerada el vehículo del cambio.

En último lugar, es imprescindible destacar que la selección de los distintos procedimientos no se basa en el diagnóstico del trastorno de personalidad en sí. Los ejemplos destacados simplemente sirven para ilustrar la efectividad de la terapia de conducta en personas con comportamientos con estas topografías específicas. No obstante, las intervenciones conductuales se basan en el análisis funcional, una herramienta individualizada e independiente de criterios diagnósticos; cada intervención se selecciona y se ajusta meticulosamente para atender a las necesidades, metas y patrones de comportamiento específicos del consultante, lo que subraya la naturaleza personalizada y dinámica de la terapia de conducta.

Tras este breve repaso de las distintas estrategias conductuales que se han propuesto para el tratamiento de los trastornos de personalidad, a continuación resumiremos los elementos esenciales para un abordaje analítico-conductual de tales problemas:

- Los trastornos de personalidad son categorías taxonómicas que han de ser explicadas. Desde la perspectiva conductual, el psicoterapeuta ha de poder predecir y controlar las conductas de los consultantes, alineándolas con sus objetivos terapéuticos, siendo el análisis funcional su principal herramienta de trabajo.
- Las categorías de trastornos de personalidad se refieren a conductas habitualmente estables en el repertorio conductual de los individuos, por lo que las conductas incluidas en una determinada categoría deben ser analizadas funcionalmente, siendo además indispensable el análisis exhaustivo de la historia de aprendizaje. El análisis funcional deberá revelar cómo el pasado se construye en el presente a través de la conducta verbal y de la historia de aprendizaje previa.
- El análisis funcional ha de identificar los procesos de condicionamiento clásico y operante que explican las conductas problema y la influencia de posibles variables disposicionales, especialmente las referidas a la historia de aprendizaje (véase Froxán-Parga, 2020, para una guía detallada sobre la utilización del análisis funcional en comportamiento humano).
- Finalmente, para una comprensión integral de las conductas recogidas en este diagnóstico es imprescindible el análisis funcional de la conducta verbal, privada y pública. Esto incluye el estudio de los pensamientos, emociones y recuerdos de los consultantes desde un prisma funcional. La figura 2.2 ilustra el modelo de análisis que proponemos para los trastornos de personalidad bajo una perspectiva conductual.

© Ediciones Pirámide