

2^a
EDICIÓN

Jeffrey E. Young • Janet S. Klosko
Marjorie E. Weishaar

TERAPIA DE ESQUEMAS

Guía práctica



SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

JEFFREY E. YOUNG
JANET S. KLOSKO
MARJORIE E. WEISHAAR

TERAPIA DE ESQUEMAS
Guía práctica

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Índice

Sobre los autores.	9
Prólogo a la edición española.	13
Prefacio	17
Reconocimientos.	23
1. Terapia de esquemas: modelo conceptual	27
2. Evaluación y educación de esquemas	115
3. Estrategias cognitivas	155
4. Estrategias experienciales	181
5. Ruptura de patrones de conducta.	229
6. La relación terapéutica	271
7. Estrategias detalladas del tratamiento de esquemas	313

8. Trabajo de modos de esquemas	407
9. Terapia de esquemas para el trastorno límite de la personalidad	453
10. Terapia de esquemas para el trastorno narcisista de la personalidad	547
Bibliografía	615
Índice de materias.	625
Epílogo a la edición española.	629

Sobre los autores

El **Dr. Jeffrey E. Young** es profesor universitario del Departamento de Psiquiatría en la Universidad de Columbia. Es también el fundador y director de los Centros de Terapia Cognitiva de Nueva York y Conneticut, así como del Instituto de Terapia de Esquemas (*institute@schematherapy.com*). El Dr. Young ha impartido en todo el mundo cursos y clases sobre terapia cognitiva y de esquemas durante los últimos 20 años. Ha formado a miles de profesionales de la salud mental y ha sido aclamado repetidas veces por sus sobresalientes habilidades docentes.

Es el fundador de la terapia de esquemas, un enfoque integrador para los trastornos de larga duración y para los pacientes resistentes a los tratamientos y ha publicado numerosos documentos en las áreas de la terapia cognitiva y terapia de esquemas, entre los que se encuentran dos volúmenes que han tenido una gran acogida –*Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, dirigido a profesionales de la salud mental y *Reinventing your Life*, junto con Janet S. Klosko, un conocido libro de auto-ayuda destinado al público en general [*Reinventando tu vida*, Paidós Ibérica, 2001]. El Dr. Young ha sido miembro de numerosos tribunales que han evaluado proyec-

tos de becas de investigación sobre terapia cognitiva y de esquemas, incluido el *Nacional Institute of Mental Health Collaborative Study of Depression* y es miembro del consejo asesor de las siguientes revistas: *Cognitive Therapy and Research* y *Cognitive and Behaviour Practice*.

La **Dra. Janet S. Klosko** es codirectora del Centro de Terapia Cognitiva de Long Island en Great Neck, Nueva York (516-466-8485) y es una psicóloga veterana en el Instituto de Terapia de Esquemas de Manhattan y en el Instituto de Salud de la Mujer de Woodstock en Nueva York (845-679-6699). Obtuvo su grado de Doctora en Psicología Clínica en la Universidad Estatal de Nueva York y en el internado de la Escuela Médica de la Universidad de Brown. Durante el período de la Universidad Estatal de Nueva York trabajó con David H. Barlow en la investigación y tratamiento de trastornos de ansiedad. La Dra. Klosko ha sido galardonada con el Premio a la Excelencia Albany de Investigación y el Premio a la Disertación de la *American Psychological Association* Sección de Psicología Clínica como Ciencia. Cuenta con multitud de publicaciones académicas y es coautora, junto con William Sanderson, de *Cognitive-Behavioral Treatment of Depression*, y junto con Jeffrey E. Young, del popular libro *Reinventar tu vida*. Dispone también de un Master en Literatura Inglesa.

La **Dra. Marjorie E. Weismar** es profesora clínica de Psiquiatría y Conducta Humana en la Escuela Médica de la Universidad de Brown (Marjorie_Weishaar@brown.edu) donde imparte terapia cognitiva a psiquiatras residentes y psicología a profesionales posdoctorales e internos. Ha recibido dos galardones a la docencia de la Escuela Médica de Brown. La Dra. Weishaar se graduó en la Universidad de Pennsylvania y obtuvo tres licenciaturas en la Universidad Estatal de Pennsylvania. Recibió formación en terapia cognitiva junto a Aaron T. Beck y en terapia de esquemas junto a Jeffrey E. Young. Es autora de *Aaron T. Beck*, un libro sobre terapia cognitiva y su fundador, que recientemente ha sido traducido al chino. La Dra. Weishaar ha participado en múltiples conferencias y ha escrito un sinnúmero de artículos y capítulos sobre terapia cognitiva, particularmente en relación al riesgo de suicidio. En la actualidad trabaja en Providence, Rhode Island.

Información adicional relativa a la terapia de esquemas puede hallarse en:

Schema Therapy Institute
36 West 44th Street, Suite 1007
Nueva York, NY 10036

Teléfono: 212-221-1818, ext. 5

E-mail: *institute@schematherapy.com*

Página web: *www.schematherapy.com*

El contacto en lengua castellana del Instituto de Terapia de Esquemas es: Jordi Cid Colom (*jordi.cid@telefonica.net*).

Prólogo a la edición española

Al fin podemos disponer de la ansiada versión en español de este manual teórico-práctico de Terapia de Esquemas, que aporta a la extensa comunidad de profesionales de habla hispana vinculados a la psicología, la oportunidad de mantener actualizado su saber en este campo incrementando su conocimiento con los contenidos teóricos y estrategias y técnicas de aplicación de este modelo de avanzada presentados en este libro.

Vale destacar que se trata de una propuesta que ha consolidado su sólida vigencia en el contexto psicoterapéutico, asentada sobre su validada formulación explicativa y extensamente documentada experiencia de aplicación terapéutica publicada en los últimos años, mostrando su capacidad para tratar eficazmente a pacientes afectados por diversas dificultades complejas, mediante tratamiento individual o más recientemente en tratamientos grupales.

Es un modelo terapéutico que se caracteriza por presentar una perspectiva integrativa y comprensiva de las disfunciones psíquicas, enraizada en la terapia cognitiva, la teoría del aprendizaje y el desarrollo evolutivo. Aporta una variedad de estrategias y técnicas que han resultado validadas en numerosas investigaciones publicadas en los últimos años, en las que se ha verificado su ventaja comparativa respecto a otros modelos para restituir la funcionalidad perdida y consolidar la estabilidad de los cambios logrados mediante el tratamiento de esquemas, aun en casos de patologías habitualmente poco responsivas a los tratamientos tradicionales, como las de tipos fronterizo, narcisista y antisocial.

Como señalaran los autores en el prefacio de la versión original, se trata de una obra que ha sido insistentemente reclamada por terapeutas, investigadores y docentes procedentes de ciudades ubicadas geográficamente tan distantes entre sí como para pertenecer a continentes como Europa, África, Asia y las tres Américas. Alejados entre sí pero aunados en la misma expectativa respecto a la Terapia de Esquemas: considerarla una promisoriosa posibilidad para tratar a muchos de sus pacientes a los que no lograban brindar la ayuda necesaria mediante los diversos modelos terapéuticos en los que eran expertos.

No en vano la Terapia de Esquemas ha surgido de la tenaz preocupación de Jeffrey Young por dar una respuesta eficaz a las necesidades terapéuticas de los pacientes para los que buenos tratamientos cognitivos vigentes no alcanzaban. Ha sido el fruto de un profundo análisis de esos casos con el objetivo de desentrañar los orígenes y persistencia de sus dificultades en conjunción con su empeñosa búsqueda de recursos terapéuticos con los que tratarlos eficazmente.

La evolución de las ciencias del hombre se nutre de situaciones y contextos históricos que propician u orientan las secuencias de su desarrollo. El momento histórico propicio para la consolidación de la terapia de esquemas resulto ser el de la ruptura del paradigma cognitivo tradicional de psicoterapia, acaecida con el surgimiento de la perspectiva estructural constructivista que aportara Vittorio Guidano a fines de los 90, luego de la que se revalorizaron aspectos que adquirieron un renovado protagonismo en la explicación de la disfuncionalidad psíquica, como las experiencias vividas a lo largo de la vida del individuo y su significativa contribución a la configuración de la identidad personal.

Sin desconocer el peso de las características biológicas propias de cada individuo, se revalidó el peso del ambiente primario como prominente proveedor del niño en desarrollo, de constantes experiencias de aprendizajes emocionalmente connotados y reiteradamente reforzados acerca de sí y el mundo, ligado a la incorporación de pautas de conducta que pueden tener efectos determinantes en cuanto a propiciar o interferir la progresión saludable de su desarrollo psíquico.

En los últimos años, el marcado incremento de las patologías psíquicas complejas en la población adulta ha instalado la revisión del tema de los factores de vulnerabilidad a la psicopatología en niños y adolescentes, como precursores de la patología del adulto. El tema de

analizar las probabilidades de desarrollar tendencias patológicas en dichas poblaciones jóvenes, que ha mostrado persistir y afianzarse en la vida adulta ha sido cuidadosamente analizado y comparado con los síntomas patognomónicos de diversos trastornos de personalidad en individuos diagnosticados como tales, indicando que muchos de los trastornos adaptativos de la infancia y adolescencia tienden a consolidar como patologías en su adultez.

Dado que son factores de vulnerabilidad pueden ser rastreados analizando las secuencias de las etapas del proceso del desarrollo evolutivo y la consolidación lograda respecto a las esperables para cada etapa, mientras se conjugan sus interacciones con el contexto ambiental y va progresando su maduración neurobiológica y psíquica, el tema parece ser de suficiente importancia como para analizar que posibilidades de prevención e intervención podría ofrecer para interferir y evitar la posterior consolidación patológica en las poblaciones jóvenes.

La Terapia de Esquemas destaca la importancia y vigencia de la evaluación retrospectiva de la consolidación de los esquemas a lo largo de las etapas del proceso evolutivo, a los que considera como aprendizajes congelados cuya persistencia explica las disfunciones presentes en su vida adulta, con renovadas características cognitivas que resultan orientadoras para la aplicación de estrategias y técnicas durante el proceso terapéutico.

Me permito citar una frase del brillante filósofo y ensayista español José Ortega y Gasset que encierra lo que parece una excelente descripción aplicable a lo que representan los esquemas y como se expresa su persistente intervención en la disfuncionalidad:

“Nuestras convicciones más arraigadas, más indubitables, son las más sospechosas. Ellas constituyen nuestro límite, nuestros confines, nuestra prisión.”

José Ortega y Gasset (1883-1955)

Como integrante de la extensa comunidad de habla hispana dedicada a la psicoterapia, la docencia y la investigación de los procesos terapéuticos complejos, me honra y regocija especialmente participar de esta presentación con este prólogo, desde el que invito al lector a adentrarse en la lectura del libro con la convicción de que al final del mismo su curiosidad por conocer el “que” y el “como” de la terapia de esquemas no va a resultar defraudada.

En el recorrido de sus páginas, los lectores van a ir descubriendo que están ante un modelo de avanzada respecto de las propuestas cognitivas conocidas, que brinda a los terapeutas una comprensión

coherente, clara e identificable de la dinámica que subyace a las dificultades que aquejan a los pacientes y una orientación valiosa acerca del recorrido terapéutico a desarrollar para promover las modificaciones necesarias y guiar al paciente hacia la recuperación de la funcionalidad perdida.

Una característica significativa de la Terapia de Esquemas, es que ha sostenido su evolución en base a una extensa investigación de resultados tanto de resultados de tratamiento como de sus materiales de evaluación, desarrollados en diferentes países en los que el modelo de esquemas se ha ido incorporando a la práctica clínica.

No es un dato menor a tomar en cuenta el hecho que entre los materiales de evaluación que incluye la propuesta, el Cuestionario de Esquemas ha sido traducido a diversos idiomas con fines de aplicación terapéutica, como al español, griego, alemán, turco, francés, japonés, noruego, alemán y finlandés, entre otros. Un hecho que además de expresar el extenso interés que ha suscitado la aplicación clínica y práctica del modelo en tan diversos contextos geográficos, ha puesto tácitamente de manifiesto su capacidad de trascendencia de las fronteras culturales, mostrando la posibilidad de aplicación transcultural de esta terapia.

Los que se preparen a recorrer los contenidos presentados en este libro, conozcan o no el modelo de esquemas, van a encontrar en el transcurso de los sucesivos capítulos, todo lo que un terapeuta clínico necesita conocer para evaluar la profundidad de la propuesta y la variabilidad de los recursos estratégicos y técnicas que propone para desarrollar el proceso terapéutico, las que son esclarecedoramente presentadas por los autores mediante viñetas clínicas que entrelazan la labor clínica con los conceptos teóricos.

A medida que progresen en la lectura van a ir descubriendo que bucear en las complejas profundidades en las que se consolido la disfuncionalidad de cada paciente, transforma lo aparentemente incomprensible en un inteligible vector de sus dificultades actuales, esclareciendo como se consolidan sus conflictos y las reiteradas estrategias con las que infructuosamente intenta manejarlos.

Lydia Tineo

*Entrenadora Internacional Certificada en Terapia de Esquemas por
ISST. Comité de Certificación y Entrenamiento ISST-Habla Hispana.
Centro de Terapia Cognitiva, Buenos Aires, Argentina*

Prefacio

Es difícil creer que ha transcurrido casi una década desde que escribimos nuestro último libro importante sobre terapia de esquemas. Durante estos 9 años de floreciente interés hacia este enfoque terapéutico nos han preguntado incesantemente, “*¿Cuándo vais a escribir un manual global y actualizado de tratamiento?*”. Con humildad y algo de vergüenza hemos de reconocer que no hemos encontrado el tiempo suficiente para acometer un proyecto de tal magnitud.

Tras tres años de trabajo intensivo, sin embargo, hemos logrado escribir lo que esperamos que se convierta en “la biblia” de la práctica de la terapia de esquemas. Nos hemos esforzado por incluir en el presente volumen todas las mejoras y elementos adicionales aportados durante la pasada década, incluyendo nuestro modelo conceptual revisado, protocolos detallados de tratamiento, ejemplos y transcripciones literales con pacientes. En particular, hemos escrito capítulos extensos que describen la aplicación ampliada de la terapia de esquemas a los trastornos límite y narcisista de la personalidad.

Muchos de los cambios que ha experimentado el campo de la salud mental durante la pasada década, han tenido su impacto sobre la terapia de esquemas. A medida que profesionales de muy diversas

orientaciones se han sentido insatisfechos con las limitaciones de las terapias ortodoxas, se ha producido en paralelo el correspondiente aumento de interés por la psicoterapia de integración.

Como uno de los primeros enfoques generales e integradores, la terapia de esquemas ha atraído a muchos profesionales e investigadores nuevos a buscar “permiso” y guía para traspasar los umbrales de los modelos existentes.

Una clara señal de este aumento de interés por la terapia de esquemas ha sido el uso extendido del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY) [YSQ: *Young Schema Questionnaire*] por terapeutas e investigadores de todo el mundo. El CEY¹ ya ha sido traducido al español, griego, francés, japonés, noruego, alemán y finlandés, por mencionar unos de los pocos países que han adoptado elementos del presente modelo. La amplia investigación relativa al CEY confirma sustancialmente el modelo de esquemas.

Otro elemento indicador del atractivo de la terapia de esquemas ha sido el éxito de nuestros dos primeros libros sobre terapia de esquemas, incluso 10 años después de que fueran publicados: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* va ya por su tercera edición, y *Reinventa tu vida*², del que se han vendido más de 125.000 copias, sigue estando disponible en la mayoría de las librerías y ha sido traducido a múltiples idiomas.

La pasada década ha atestiguado también la ampliación de la terapia de esquemas más allá de los trastornos de personalidad. El enfoque se ha aplicado a una amplia gama de problemas clínicos, poblaciones y trastornos, incluidos, entre otros, la depresión crónica, el trauma infantil, el tratamiento de delincuentes, los trastornos alimentarios, el trabajo con parejas y la prevención de recaídas por abu-

1. El CEY es la adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young que fue realizada y validada por Cid J., Tejero A. y Torrubia R.

2. El libro de auto-ayuda *Reinventa tu vida*, publicado en Paidós Ibérica (2001), fue traducido al castellano por Jordi Cid Colom, reconocido colaborador del Dr. Young y responsable de la traducción, validación y aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY) a muestras españolas. Así mismo, el Dr. Cid es responsable de la revisión técnica del presente volumen.

so de sustancias. A menudo, la terapia de esquemas ha sido usada para el tratamiento de rasgos caracterológicos predisponentes en pacientes con trastornos del Eje I, una vez que los síntomas agudos hayan sido eliminados.

Otro avance importante ha sido la combinación de la terapia de esquemas con la espiritualidad. Ya se han publicado tres libros (*Emotional Alchemy* de Tara Bennett-Goleman; *Praying Through Our Lifetraps: A Psycho-Spiritual Path to Freedom* de John Cecero y *The Myth of More* de Joseph Novello) que combinan el enfoque de esquemas con la meditación *mindfulness* o con las prácticas religiosas tradicionales.

Un inconveniente que genera decepción pero que esperamos que cambie durante la próxima década, es el impacto de la asistencia sanitaria y contención del gasto en los casos de los trastornos de personalidad en los Estados Unidos. Es bastante difícil que los seguros médicos se hagan cargo de los costes de los tratamientos terapéuticos y que los investigadores obtengan becas estatales o federales para estudiar los trastornos de personalidad porque los trastornos del Eje II generalmente requieren tratamientos más prolongados y no se adaptan al modelo asistencial de tiempo limitado. En consecuencia, los Estados Unidos van por detrás de muchos otros países en la defensa y apoyo al trabajo relativos a los trastornos de personalidad.

El resultado de esta falta de apoyo ha sido la parquedad en estudios de resultados bien diseñados con trastornos de personalidad. (Una excepción notable es el enfoque de terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan para el trastorno límite de la personalidad). De ello se ha derivado la extremada dificultad con la que nos hemos encontrado para obtener becas de estudios que pudieran demostrar la confirmación empírica de la terapia de esquemas.

Por ello, nos hemos dirigido a otros países para financiar esta importante área de investigación. Estamos particularmente ilusionados con un serio estudio de resultados que dirige Arnoud Arntz en los Países Bajos y que concluirá próximamente. Este estudio a gran escala y multicéntrico compara la terapia de esquemas con el enfoque de

Otto Kernberg para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Esperamos ansiosamente los resultados.

Para los lectores que no estén familiarizados con la terapia de esquemas, revisaremos lo que a nuestro parecer son las principales ventajas de la terapia de esquemas frente a otras terapias habitualmente empleadas. En comparación con la mayoría de los restantes enfoques terapéuticos, la terapia de esquemas es más integradora, combinando aspectos de los modelos cognitivo, conductual, psicodinámico (especialmente las relaciones de objeto), del apego y de la Gestalt. La terapia de esquemas contempla los componentes cognitivo y conductual como vitales para el tratamiento y, sin embargo, atribuye un peso equivalente al cambio emocional, a las técnicas experienciales y a la relación terapéutica.

Otra de las aportaciones del modelo de esquemas es su prudencia y aparente sencillez, por una parte, combinada con la profundidad y complejidad, por la otra. Es fácil de comprender, tanto para el terapeuta como para los pacientes. El modelo de esquemas incorpora ideas complejas, muchas de las cuales parecen serpenteantes y confusas para los pacientes que reciben otras formas de terapia y las presenta de manera directa y simple. Así pues, la terapia de esquemas presenta el atractivo del sentido común propio de la terapia cognitivo-conductual (TCC), combinado con la profundidad de los enfoques psicodinámicos.

La terapia de esquemas mantiene dos características vitales de la TCC: es estructurada y sistemática. El terapeuta sigue una secuencia de procedimientos de evaluación y tratamiento. La fase de evaluación incluye la administración de diversos inventarios que miden esquemas y estilos de afrontamiento. El tratamiento es activo y directivo, yendo más allá del *insight* hasta el cambio cognitivo, emocional, interpersonal y conductual. La terapia de esquemas es útil también para el tratamiento de problemas de pareja, ayudando a ambos cónyuges a comprender y a cambiar sus esquemas.

Otra ventaja del modelo de esquema es su sencillez. El modelo detalla determinados esquemas, estilos de afrontamiento y modos. Además, el modelo de esquemas es notable por la especificidad de las

estrategias de tratamiento, incluidas las pautas sobre la forma apropiada de reparentalización limitada para cada paciente. La terapia de esquemas ofrece un método igualmente asequible para comprender y trabajar en la relación terapéutica. Los terapeutas monitorean sus propios esquemas, estilos y modos de afrontamiento a medida que trabajan con los pacientes.

Por último, y quizá lo más importante, creemos que el enfoque de esquemas es extraordinariamente compasivo y humano, en comparación con el “tratamiento habitual”. La terapia de esquemas normaliza los trastornos psicológicos en lugar de patologizarlos. Todas las personas presentan esquemas, estilos y modos de afrontamiento, simplemente los de los pacientes que tratamos son más extremos y rígidos. El enfoque es también compasivo y respetuoso, especialmente con los pacientes más graves, tales como los que padecen un trastorno límite de la personalidad, que a menudo, en otras terapias, son tratados sin compasión alguna y son culpados de sus males. El concepto de “confrontación empática” y “reparentalización limitada” coloca a los terapeutas en una actitud de apoyo hacia los pacientes. El uso de los modos facilita el proceso de confrontación, permitiendo al terapeuta confrontar con firmeza las conductas rígidas y maladaptativas, y retener simultáneamente la alianza con el paciente.

Para concluir, subrayamos algunos de los nuevos avances en la terapia de esquemas producidos durante de la última década. En primer lugar, existe una relación revisada y mucho más general de esquemas, que incluye 18 esquemas correspondientes a cinco dimensiones. En segundo, hemos desarrollado nuevos protocolos más detallados para el tratamiento de pacientes límites y narcisistas. Estos protocolos han ampliado el alcance de la terapia de esquemas, añadiendo fundamentalmente el concepto de modo. En tercer lugar, existe un énfasis mucho mayor en los estilos de afrontamiento, especialmente de evitación y sobre-compensación, y en la modificación de los estilos de afrontamiento mediante la ruptura de patrones. Nuestro objetivo es sustituir los estilos de afrontamiento disfuncionales por otros más saludables que permitan a los pacientes satisfacer sus necesidades emocionales nucleares.

A medida que la terapia de esquemas se ha desarrollado y madurado, hacemos mucho más hincapié en la reparentalización limitada con todos los pacientes, pero especialmente con quienes presentan los trastornos más graves. Dentro de los límites apropiados de la relación terapéutica, el terapeuta trata de satisfacer las necesidades infantiles insatisfechas del paciente. Por último, se centra mucha más atención en los esquemas y estilos de afrontamiento del propio terapeuta, especialmente en lo que respecta a la relación terapéutica.

Esperamos que este libro ofrezca a los terapeutas un nuevo modo de aproximación a los pacientes con temas y patrones crónicos y que la terapia de esquemas ayude de manera significativa a esos pacientes extremadamente difíciles y necesitados para cuyo tratamiento está diseñado nuestro enfoque.

1 Terapia de esquemas: modelo conceptual

La terapia de esquemas es un modelo innovador e integrador de terapia desarrollado por Young y sus colaboradores (Young, 1990, 1999) que profundiza significativamente en los tratamientos y conceptos cognitivo-conductuales tradicionales. La terapia combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador.

La terapia de esquemas ofrece un nuevo sistema de psicoterapia especialmente idóneo para pacientes con trastornos psicológicos crónicos e inalterables que hasta el momento han sido contemplados como difíciles de tratar. En nuestra experiencia clínica, los pacientes con trastornos de personalidad florecientes, así como con problemas caracterológicos importantes que subyacen a sus trastornos del Eje I, suelen responder muy bien al tratamiento centrado en esquemas (algunas veces combinado con otros enfoques de tratamiento).

La evolución de la terapia cognitiva a la terapia de esquemas

La revisión del área de la terapia cognitivo-conductual¹ nos sirve para explicar los motivos que llevaron a Young a desarrollar la terapia de esquemas. Los investigadores y terapeutas cognitivo-conductuales han avanzado de manera extraordinaria en el desarrollo de tratamientos psicológicos efectivos para los trastornos del Eje I, incluidos muchos trastornos anímicos, de ansiedad, alimentarios, somatoformes y de abuso de sustancias. Tales tratamientos han sido, normalmente, de tiempo limitado (una media de 20 sesiones) y se han centrado en la reducción de síntomas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas cotidianos de los pacientes.

Sin embargo, aunque estos tratamientos sean de gran utilidad para muchos pacientes, no lo son para otros tantos. Los estudios de resultados de tratamientos suelen reflejar altos índices de éxito (Barlow, 2001). Por ejemplo, en la depresión, el índice de éxito equivale al 60% inmediatamente después del tratamiento, pero el índice de recaídas es del 30% aproximadamente un año después (Young, Weinberger & Beck, 2001), dejando así una cantidad significativa de pacientes insatisfactoriamente tratados. Muchas veces los pacientes con trastornos subyacentes de personalidad y problemas caracterológicos no responden plenamente a los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales (Beck, Freeman & Associates, 1990). Uno de los retos a los que se enfrenta la terapia cognitivo-conductual en la actualidad es al desarrollo de tratamientos efectivos para estos pacientes crónicos y difíciles de tratar.

1. En este apartado, recurrimos al término “terapia cognitivo-conductual” para referirnos a varios protocolos que han sido elaborados por autores como Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y Barlow (Craske, Barlow & Meadows, 2000) para tratar trastornos del Eje I.

Algunos terapeutas cognitivo-conductuales han adaptado dichos protocolos para trabajar con pacientes difíciles de manera coherente con la terapia de esquemas (c.f. Beck, Freeman & Associates, 1990). Comentaremos algunas de estas modificaciones en este primer capítulo. Sin embargo, en su mayor parte, los protocolos de tratamiento habituales de la terapia cognitivo-conductual no reflejan estas adaptaciones.

Los problemas caracterológicos pueden reducir la efectividad de la terapia tradicional cognitivo-conductual de múltiples maneras. Algunos pacientes acuden a tratamiento de los síntomas del Eje I, como ansiedad o depresión, y o no logran progresar en el mismo o recaen una vez concluido el tratamiento. Por ejemplo, una paciente con agorafobia acude a un tratamiento cognitivo-conductual. Mientras dura el programa, que consiste en entrenamiento en respiración, desafío de pensamientos catastróficos y exposición graduada a las situaciones fóbicas, la paciente reduce significativamente sus síntomas de ansiedad y supera su evitación a numerosas situaciones. Sin embargo, concluido el tratamiento la paciente retoma su agorafobia. Una dependencia de por vida, juntamente con sentimientos de vulnerabilidad e incompetencia –lo que nosotros denominamos esquemas de vulnerabilidad y dependencia– le impiden aventurarse y salir al mundo por sí misma. Carece de la suficiente auto-confianza para tomar decisiones y no ha logrado adquirir destrezas prácticas tales como conducir, navegar por sus alrededores, gestionar dinero y seleccionar los destinos apropiados. En lugar de eso, prefiere ceder la toma de tales decisiones a las personas significativas. Sin las pautas del terapeuta, la paciente no puede organizar las salidas necesarias para mantener los logros del tratamiento.

Otros pacientes acuden inicialmente a recibir tratamiento cognitivo-conductual para síntomas del Eje I. Una vez que tales síntomas se han resuelto, sus problemas caracterológicos se convierten en el foco de su tratamiento. Por ejemplo, un paciente acude a terapia cognitivo-conductual para su trastorno obsesivo-compulsivo. Durante el programa conductual de tiempo limitado, donde se combina la exposición con prevención de respuesta, elimina en gran medida sus pensamientos obsesivos y rituales compulsivos que habían estado consumiendo la mayor parte de su vida cotidiana. Una vez eliminados los síntomas del Eje I, dispone del tiempo suficiente para retomar otras actividades y debe afrontar la casi completa ausencia de vida social que es el resultado de su estilo de vida solitario. El paciente presenta lo que venimos denominado “esquemas de imperfección”, que afronta evitando las situaciones sociales. Es tan agudamente sensible a los

desaires y rechazos percibidos que, desde su infancia, ha evitado la mayor parte de la interacción personal con los demás. Debe lidiar de por vida con su patrón de evitación para poder desarrollar una vida social satisfactoria.

Existen también pacientes que acuden a un tratamiento cognitivo-conductual sin síntomas específicos que sirvan como motivo de demanda de la terapia. Sus problemas son vagos o difusos y carentes de estímulos que los activen. Sienten que en su vida hay algo vital que falta o falla. Estos son los pacientes cuyos problemas presentes son de naturaleza caracterológica: acuden en solicitud de tratamiento para sus dificultades crónicas en sus relaciones con otras personas significativas o con los compañeros de trabajo. Como no presentan síntomas significativos del Eje I o presentan demasiados, es difícil aplicarles la terapia cognitivo-conductual tradicional.

Presunciones de la terapia cognitivo-conductual tradicional vulneradas por los pacientes caracterológicos

La terapia cognitivo-conductual tradicional establece muchas presunciones sobre los pacientes que, a menudo, se desconfirman en pacientes con problemas caracterológicos. Estos pacientes presentan atributos psicológicos que los distinguen de los casos ejemplares del Eje I y los convierten en candidatos menos idóneos para el tratamiento cognitivo-conductual.

Una de estas presunciones es que los pacientes cumplirán con el protocolo de tratamiento. La terapia cognitivo-conductual estándar asume que los pacientes están motivados para reducir los síntomas, desarrollar habilidades y resolver sus problemas presentes y que, en consecuencia, con algo de empuje y refuerzo positivo, cumplirán con los procedimientos necesarios del tratamiento. Sin embargo, para muchos pacientes caracterológicos, su aproximación y motivación a la terapia es complicada y, con frecuencia, carecen de la voluntad o de la capacidad para cumplir los procedimientos requeridos. Pueden no completar sus asignaciones para casa. Pueden mostrarse reacios a aprender estrategias de auto-control. Pueden

parecer más motivados para obtener el consuelo del terapeuta que para aprender estrategias de auto-ayuda.

Otra de estas presunciones de la terapia cognitivo-conductual es que, con un breve entrenamiento, los pacientes pueden acceder a sus cogniciones y emociones y contárselas al terapeuta. Desde el comienzo de la terapia se espera que los pacientes observen y registren sus pensamientos y sentimientos. Sin embargo, los pacientes con problemas caracterológicos, muchas veces, son incapaces de hacerlo. A menudo parecen estar desconectados de sus cogniciones y emociones. Muchos de estos pacientes recurren a la evitación cognitiva y afectiva. Bloquean los pensamientos e imágenes molestas. Evitan reflexionar sobre sí mismos. Evitan sus propios recuerdos molestos y sentimientos negativos. Evitan también muchas de las conductas y situaciones que son esenciales para su progreso. Este patrón de evitación probablemente se desarrolle como respuesta instrumental, aprendida porque ha sido reforzada mediante la reducción del afecto negativo. Las emociones negativas como la ansiedad o la depresión son provocadas por estímulos asociados a recuerdos infantiles, favoreciendo la evitación de estímulos a fin de evitar las emociones. La evitación se convierte en la estrategia habitual para afrontar el afecto negativo y es extremadamente difícil de cambiar.

La terapia cognitivo-conductual asume también que los pacientes pueden modificar sus cogniciones y conductas problemáticas mediante prácticas tales como en análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, los pasos sucesivos y la repetición. Sin embargo, para los pacientes caracterológicos este no suele ser el caso. Sobre la base de nuestra experiencia, sus pensamientos distorsionados y conductas contraproducentes son extremadamente resistentes a la modificación mediante técnicas exclusivamente cognitivo-conductuales. Incluso tras meses de terapia, a menudo, no se producen mejorías sustanciales.

Como los pacientes caracterológicos suelen carecer de flexibilidad cognitiva, responden menos a las técnicas cognitivo-conductuales, es frecuente que no logren cambios significativos en períodos breves de tiempo. Suelen ser psicológicamente rígidos. La rigidez es el sello

distintivo de los trastornos de personalidad (American Psychiatric Association, 1994, p. 633). Estos pacientes tienden a expresar indefensión frente al cambio. Sus problemas caracterológicos son ego-sintónicos: sus patrones auto-destructivos parecen ser parte integral de sí mismos por ello no pueden imaginar su modificación. Sus problemas son centrales a su sentido de la identidad y prescindir de ellos parece una forma de muerte –la muerte de una parte del *self*. Cuando se les desafía, estos pacientes se aferran rígidamente, inflexiblemente y, en ocasiones, agresivamente a lo que creen que es la verdad sobre sí mismos y sobre el mundo.

La terapia cognitivo-conductual asume también que los pacientes pueden cambiar en la relación colaboradora con el terapeuta durante unas pocas sesiones. Las dificultades en la relación terapéutica no suelen ser un foco importante de los tratamientos cognitivo-conductuales. Tales dificultades se consideran como obstáculos a ser superados a fin de lograr la conformidad del paciente con los procedimientos de tratamiento. La relación terapeuta-paciente no se considera como un “ingrediente activo” del tratamiento. Sin embargo, a los pacientes con trastornos caracterológicos, a menudo, les cuesta establecer la alianza terapéutica, reflejando así sus dificultades para relacionarse con las restantes personas fuera de terapia. Muchos pacientes difíciles de tratar han tenido relaciones interpersonales disfuncionales que se han originado durante la infancia. Los trastornos constantes en las relaciones con otras personas significativas es otro de los sellos distintivos de los trastornos de personalidad (Millon, 1981). A estos pacientes, asiduamente, les cuesta establecer relaciones terapéuticas seguras. Algunos de estos pacientes, como los que presentan trastornos límite o dependiente de la personalidad, se concentran de tal manera en tratar de que el terapeuta satisfaga sus necesidades emocionales que son incapaces de centrarse en sus propias vidas ajenas a la terapia. Otros, como los que presentan trastornos de personalidad narcisista, paranoide, esquizoide u obsesivo-compulsiva, suelen mostrarse tan desvinculados u hostiles, que son incapaces de colaborar con el terapeuta. Como los problemas interpersonales suelen ser el núcleo central, la relación terapéutica es una de las mejores áreas

para diagnosticar y tratar a dichos pacientes –un foco de atención que muchas veces se pasa por alto en la terapia cognitivo-conductual tradicional.

Por último, en el tratamiento cognitivo-conductual se presupone que el paciente tiene problemas que son inmediatamente discernibles como objetivos de tratamiento. En el caso de los pacientes con problemas caracterológicos, esta presunción no suele cumplirse. Estos pacientes suelen presentar problemas que son vagos, crónicos y generalizados. Son infelices en las principales áreas de la vida y se han sentido insatisfechos durante todo el tiempo que pueden recordar. Quizá hayan sido incapaces de establecer una relación íntima duradera, no hayan alcanzado su potencial en el puesto de trabajo o experimenten que sus vidas están vacías. Están fundamentalmente insatisfechos en el amor, en el trabajo y en el ocio. Estos temas vitales tan generales y difíciles de definir, normalmente, no constituyen objetivos fáciles de abordar para el tratamiento cognitivo-conductual estándar.

Más adelante detallaremos por qué algunos esquemas específicos dificultan que los pacientes se beneficien de la terapia cognitivo-conductual estándar.

El desarrollo de la terapia de esquemas

Por las razones anteriormente descritas, Young (1990, 1999) elaboró la terapia de esquemas para tratar a pacientes con problemas caracterológicos crónicos que no estaban siendo debidamente ayudados por la terapia cognitivo-conductual tradicional: los “fracasos terapéuticos”. Young desarrolló la terapia de esquemas como enfoque sistemático que amplía la terapia cognitivo-conductual mediante la integración de técnicas extraídas de múltiples escuelas de terapia. La terapia de esquemas puede ser breve, intermedia o de larga duración, dependiendo del paciente. Partiendo de la terapia cognitivo-conductual se amplía para conceder mucha más importancia a los orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos, para introducir técnicas emotivas, para contemplar la relación tera-

peuta-paciente y para contemplar los estilos de afrontamiento disfuncionales.

Una vez eliminados los síntomas, la terapia de esquemas es idónea para el tratamiento de muchos de los trastornos del Eje I y Eje II que subyacen de manera significativa a muchos temas caracterológicos. La terapia suele emprenderse, a menudo, en combinación con otras modalidades, como la terapia cognitivo-conductual y la medicación psicotrópica. La terapia de esquemas ha sido diseñada para tratar los aspectos caracterológicos crónicos de trastornos, no los síntomas psiquiátricos agudos (como una crisis depresiva o los trastornos de angustia recurrentes). La terapia de esquemas se ha demostrado útil para el tratamiento de la depresión o de la ansiedad crónicas, trastornos alimentarios, problemas de pareja complejos y dificultades persistentes para mantener relaciones íntimas satisfactorias. También ha sido útil para el tratamiento de maltratadores y para la prevención de recaídas en pacientes por abuso de sustancias.

La terapia de esquemas contempla los principales temas psicológicos que son normales en los pacientes con trastornos caracterológicos. Como se comentará en el siguiente apartado, denominamos a estos temas centrales Esquemas Precoces Desadaptativos. La terapia de esquemas ayuda a los pacientes y a los terapeutas a dar sentido a los problemas crónicos y generalizados y a organizarlos de un modo comprensible. El modelo sigue el rastro de estos esquemas desde la infancia hasta el presente, con particular énfasis en las relaciones interpersonales del paciente. Con ayuda del modelo, los pacientes adquieren la habilidad para ver sus problemas caracterológicos como ego-distónicos y, de este modo, capacitarse para poder prescindir de ellos. El terapeuta se alía con los pacientes en su lucha contra los esquemas, recurriendo a estrategias cognitivas, afectivas, conductuales e interpersonales. Cuando los pacientes repiten los patrones disfuncionales basados en sus esquemas, el terapeuta los confronta empáticamente con las razones que justifican su cambio. Mediante la “reparentalización limitada” el terapeuta aporta a muchos pacientes un antídoto parcial para las necesidades que no han sido adecuadamente satisfechas durante la infancia.